



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**BARREIRAS E FACILITADORES À IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS
FARMACÊUTICOS AVANÇADOS**

Trabalho submetido por
Maria Leonor Coelho Pedro
para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

outubro de 2015



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

BARREIRAS E FACILITADORES À IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS AVANÇADOS

Trabalho submetido por
Maria Leonor Coelho Pedro
para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

Trabalho orientado por
Prof^ª Doutora Filipa Alves da Costa

outubro de 2015

Selecione o nome do Curso

Clique aqui para ESCREVER o título do trabalho (não use comando COLAR)Clique aqui para introduzir o nome do candidato.Escolha um item. Selecione o nome do curso

Clique aqui para introduzir o Título e Nome do Orientador.

Clique aqui para selecionar a data.

DEDICATÓRIA

À minha avó Fernanda, por todo apoio, incentivo e carinho para comigo!

AGRADECIMENTOS

Pai e Mãe, se esta dissertação existe, tudo a vocês o devo e agradeço! Foram, são e serão os meus pilares, aqueles que me transmitiram todos os valores e que me educaram ao longo destes 24 anos, permitindo que este meu sonho se tornasse realidade. OBRIGADO!

Madalena, OBRIGADA por seres como és! És o meu porto-seguro, aquela que me atura em todos os momentos e que me acompanhou ao longo de toda a minha vida, apoiando e dando força nos momentos mais tristes e que sempre soube festejar todas as vitórias conjuntamente comigo... És a melhor irmã!

Avó Fernanda, sempre quiseste que fosse farmacêutica e sei que terias o maior orgulho em me ver acabar o curso... Não o vês presencialmente, mas sei que, apesar, do local onde te encontres, estarás a festejar esta minha realização pessoal! OBRIGADO por tudo com que participaste, para que este meu sonho fosse possível.

OBRIGADA *Avó Maria, Tios, Primas, Padrinhos* e restantes familiares por me entusiasmarem e incentivarem ao longo de todo o percurso académico... Tinham razão, após todo o esforço, de fato, vale a pena! Vale a pena lutarmos pelos nossos sonhos! Com dedicação, persistência e muita força de vontade, foi possível!

Às minhas amigas *Bárbara, Bibas, Deolinda, Joana, Mariana e Susana* por fazerem parte da minha vida! Com vocês tenho e terei muitas horas de alegria asseguradas! OBRIGADA!

Aos amigos *Catarina, Inês, Laura, Maria, Rita, Sandra e Betcha* que fiz ao longo do curso agradeço por todos os momentos de diversão, irritação, nervosismo, ansiedade e celebração! Custou, desesperámos por vezes, mas conseguimos! OBRIGADO! Que o gosto pela farmácia não nos separe pela vida fora, embora mais perto ou longe geograficamente, haverá sempre muito que contar e confraternizar!

À melhor amiga da faculdade, *Andreia*, por saberes tudo e estares lá sempre, OBRIGADO... Quero-te para sempre na minha vida! *Mafalda*, OBRIGADO por seres como és... Afastadas, mas tudo tão igual! *Mariana*, OBRIGADO, por tudo o que te revelaste ao longo da faculdade... Todas as confidências, histórias e horas passadas lado-a-lado, guardarei sempre na memória!

À *Profª Doutora Filipa Alves da Costa*, por toda a ajuda, dedicação e conhecimentos demonstrados na realização desta minha dissertação, OBRIGADO!

RESUMO

Introdução: O futuro da farmácia comunitária e do farmacêutico deverá passar pela aposta em serviços avançados, direcionados em larga escala para a população idosa, devido à prevalência de comorbilidades e polimedicação associada às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas relacionadas com a idade.

Objetivos: Este estudo pretendeu avaliar a perceção dos farmacêuticos sobre as principais barreiras à implementação de serviços avançados em farmácia comunitária; pretendeu ainda descrever a experiência destes farmacêuticos com um serviço avançado.

Metodologia: Recorreu-se a um estudo exploratório em que foram convidados a participar 44 farmacêuticos comunitários, selecionados intencionalmente, centrados na sua experiência prévia ou conhecimento sobre o estudo SOS *Pharma* Idoso, conduzido pelo ISCSEM em 2014. A informação foi recolhida recorrendo a um guião de entrevista semi-estruturado desenvolvido especificamente para o efeito, o qual incluía um número de perguntas. As entrevistas foram realizadas presencialmente, por telefone, ou *e-mail*, de acordo com a conveniência dos farmacêuticos. Os dados recolhidos foram transcritos *verbatim* e analisados tematicamente recorrendo a análise de conteúdo. Os dados são apresentados recorrendo a transcrições que ilustram cada um dos códigos emergentes. Visto o estudo ser uma continuação do estudo SOS *Pharma* Idoso, considerou-se válida a aprovação da Comissão de Ética obtida em 2014.

Resultados: A amostra final incidiu sobre 14 farmacêuticos, com uma idade média de 39,5 anos, sendo 85,71% do sexo feminino. Foram identificadas sete barreiras: a) falta de tempo, b) falta de colaboração com os médicos, c) remuneração, d) falta de preparação clínica dos farmacêuticos, e) falta de motivação, f) falta de apoio das entidades e g) envolvimento dos estudantes na implementação dos serviços; e cinco facilitadores: a) valorização profissional, b) mais-valia para os doentes, c) dinheiro, d) cooperação médico-farmacêutico e e) motivação.

Conclusão: A realização das entrevistas aos farmacêuticos permitiu identificar as principais barreiras e entraves que existem nas farmácias, que se traduzem numa reduzida taxa de implementação de serviços farmacêuticos.

Palavras-chave: Serviços Farmacêuticos, Farmácia Comunitária, Barreiras, Facilitadores, Implementação.

ABSTRACT

Introduction: The future of community pharmacy and its professionals should include the investment in advanced services targeting the older population due to the high prevalence of co-morbidities and multi-medication related to the pharmacokinetics and pharmacodynamics changes associated with this population's median age.

Goals: This study intended to evaluate the pharmacists' perception regarding the main obstacles to the implementation of advanced services in community pharmacy as well as describe their experience with one.

Methodology: It was used an exploratory study that required the participation of 44 community pharmacists, all selected intentionally, and was centered in their previous experience or knowledge about the study "SOS Pharma Idoso", which was developed by ISCSEM in 2014. The information was gathered using an interview script developed specifically for this, which included a certain amount of questions. The interviews were made in person, via telephone or e-mail, according to the professionals' availability. The gathered info was then transcribed *verbatim* and analysed thematically via contents' analysis. The data is shown using transcriptions that illustrate each arising code. Being the current study a continuation of the previous one entitled "SOS Pharma Study", the Ethic Committee's approval obtained in 2014 was considered valid.

Results: The final sample focused on 14 pharmacists, with a median age of 39,5 years, being 85,71% women. Seven obstacles were identified: a) lack of time, b) lack of collaboration with medical staff, c) remuneration, d) lack of clinical preparation of the professionals, e) lack of motivation, f) lack of support by major entities and g) students' involvement in the service implementation; and five facilitating factors: a) professional appreciation, b) assets for the users, c) economic factor, d) pharmacist-medical doctor cooperation and e) motivation.

Conclusion: The attainment of these interviews allowed for the identification of the main obstacles and barriers existing in pharmacies and that are responsible for the low implementation rate of pharmaceutical services.

Key-words: Pharmaceutical Services, Community Pharmacy, Barriers, Facilitating factors, Implementation.

ÍNDICE GERAL

DEDICATÓRIA	3
AGRADECIMENTOS	5
RESUMO	7
ABSTRACT	9
ÍNDICE GERAL	11
ÍNDICE DE FIGURAS	15
ÍNDICE DE TABELAS	17
LISTA DE ABREVIATURAS.....	19
 Capítulo 1 – Introdução	 21
1.1 - Atividade Farmacêutica em Portugal.....	22
1.1.1 - Farmácia Comunitária.....	22
1.1.2 - Papel do Farmacêutico na Sociedade.....	23
1.1.3 - Contextualização Social das Farmácias	24
1.1.4 - O Setor em números.....	25
1.2 - Serviços disponibilizados pelas Farmácias Comunitárias	26
1.2.1 - Serviços Farmacêuticos.....	26
1.2.2 - Cuidados Farmacêuticos	28
1.2.3 - Importância da implementação dos Serviços Farmacêuticos	31
1.2.4 - Sustentabilidade dos Serviços	33
1.3 - Barreiras e Facilitadores para a implementação de Serviços Farmacêuticos	34
1.3.1 – Barreiras	34
1.3.2 – Facilitadores	38
1.4 - Identificação de Barreiras e possíveis estratégias de resolução (Facilitadores)	
.....	40

Capítulo 2 – Objetivos	43
2.1 - Objetivo Principal.....	43
2.2 - Objetivos Específicos	43
 Capítulo 3 – Materiais e Métodos	45
3.1 - Desenho de Estudo.....	45
3.2 – População	45
3.3 - Recolha da Informação	46
3.4 – Amostra	46
3.5 - Forma de recolha da informação	48
3.6 – Transcrição	49
3.7 – Análise	50
3.8 - Ética e Confidencialidade	50
 Capítulo 4 – Resultados e Discussão	51
4.1 - Caraterização dos Entrevistados	51
4.2 - Barreiras.....	54
4.2.1 - Falta de tempo	54
4.2.2 - Falta de colaboração com os médicos.....	56
4.2.3 – Remuneração	56
4.2.3.1 – Falta de remuneração	56
4.2.3.2 - Conjuntura atual das farmácias	58
4.2.4 - Falta de preparação clínica dos farmacêuticos.....	59
4.2.5 – Falta de motivação.....	60
4.2.6 – Falta de apoio das entidades.....	61
4.2.6.1 - Divulgação.....	61
4.2.6.2 – Ausência de cursos/formações.....	62

4.2.7 – Envolvimento dos estudantes na implementação dos serviços	62
4.3 - Facilitadores.....	63
4.3.1 - Valorização profissional	63
4.3.2 - Mais-valia para os doentes	64
4.3.3 - Dinheiro	66
4.3.3.1 – Ajudas governamentais.....	66
4.3.3.2 – Divulgação e valorização das farmácias	67
4.3.4 - Cooperação médico-farmacêutico.....	68
4.3.5 - Motivação.....	69
4.4 - Justificação da implementação	71
4.5 - Apreciação do Projeto SOS <i>Pharma</i> Idoso.....	77
4.6 – O que fazer no futuro?	84
4.7 - Discussão dos Resultados	85
 Capítulo 5 – Conclusão	 91
 Bibliografia.....	 93

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fatores com influência no papel do Farmacêutico comunitário no sistema de saúde.	24
Figura 2 - Quadro ilustrativo da execução de serviços em Farmácia.....	33
Figura 3 - Representação do modelo assistencial em saúde.....	37
Figura 4 - Ilustração da superação de barreiras	42
Figura 5 - Representação esquemática da Amostra em estudo	47
Figura 6 - Representação esquemática das Barreiras e Facilitadores identificados pelos farmacêuticos nas entrevistas	70
Figura 7 - Barreiras e Facilitadores na implementação de Serviços Farmacêuticos avançados, qual o futuro?	85
Figura 8 - Resultado final da Metodologia utilizada durante o estudo.....	88

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Fatores associados a Problemas com Medicação	30
Tabela 2 – Exemplos de Serviços Farmacêuticos implementados até 2010	32
Tabela 3 - Barreiras para a implementação de Serviços Farmacêuticos.	36
Tabela 4 - Facilitadores dos praticantes e estrategistas, classificados pela importância	40
Tabela 5 - Características dos Farmacêuticos e Farmácias entrevistadas.	51
Tabela 6 - A visão dos Farmacêuticos sobre a implementação do Projeto SOS <i>Pharma</i> Idoso.	72
Tabela 7 - Opinião dos Farmacêuticos face à apreciação do Projeto SOS <i>Pharma</i> Idoso.	77

LISTA DE ABREVIATURAS

- ✓ ANF – Associação Nacional das Farmácias
- ✓ CF – Cuidados Farmacêuticos
- ✓ CSP – Cuidados de Saúde Primários
- ✓ DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
- ✓ EA – Efeitos Adversos
- ✓ EMV – Esperança Média de Vida
- ✓ HTA – Hipertensão Arterial
- ✓ INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
- ✓ MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
- ✓ MS – Ministério da Saúde
- ✓ OE – Orientação Empreendedora
- ✓ OF – Ordem dos Farmacêuticos
- ✓ PIM – Preparação Individualizada da Medicação
- ✓ PNPCD – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes
- ✓ PRM – Problemas Relacionados com a Medicação
- ✓ PNV – Plano Nacional de Vacinação
- ✓ SF – Serviços Farmacêuticos
- ✓ SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
- ✓ SNS – Serviço Nacional de Saúde

Capítulo 1 – Introdução

Na segunda metade do século XX, o aumento e a disponibilidade de medicamentos, como os antibióticos, vacinas, antineoplásicos e hormonas, contribuíram para minimizar em larga escala o número de mortes prematuras, conduzindo também a um aumento da esperança média de vida (EMV) (Faus, 2000). Assim, em detrimento deste aumento e da alteração dos fatores comportamentais, instaurou-se uma acentuada proliferação das chamadas “doenças crónicas”; em consequência, uma maior utilização de medicamentos para controlar os sintomas, ocorrendo, também os efeitos negativos da polimedicação, especialmente os seus efeitos adversos (EA) (Chumney & Robinson, 2006).

A ocorrência dos EA surge devido a um conjunto de causas, como prescrições inapropriadas, fornecimento inadequado, comportamento errático inapropriado por parte do doente, suscetibilidade do mesmo ou monitorização insuficiente. Tal poderia ser evitado, com uma monitorização mais cuidada, recorrendo a cuidados integrados, com envolvimento de todos os profissionais da área da saúde, desde os médicos, passando pelos enfermeiros, até aos farmacêuticos (Hepler, Charles D.; Strand, 1990).

No entanto, esta mudança de funcionamento, tem ocorrido a um ritmo mais lento que o desejável, influenciada por inúmeros fatores externos e internos, nomeadamente por barreiras que os próprios profissionais apresentam (J. W. F. Mil, Boer, & Tromp, 2001). Atualmente, o farmacêutico é considerado o especialista do medicamento. Existe uma maior valorização da profissão, contudo é necessário ultrapassar a mentalidade há muito instaurada: o novo farmacêutico não poderá continuar a sentir-se apenas o técnico superior do medicamento, mas deverá assumir-se como o profissional de saúde capaz de cuidar do doente através da gestão da medicação, implementação e revisão da terapêutica (Martín-Calero et al., 2004).

Assim, o futuro da farmácia comunitária e da carreira farmacêutica deverá passar pela aposta em serviços, de modo a tornarem-se numa prática dominante e serem prestados por rotina nas farmácias portuguesas, embora continuem a ser um conceito “estranho” para a maioria dos doentes (Saúde, 2007).

Por fim, é claro que as competências de gestão, operacionais e estratégicas, necessárias para o sucesso da empresa (farmácia), muitas vezes mencionadas de barreiras, não se devem sobrepor ao conhecimento profissional, necessidade/vontade de implementar e mudar a rotina da farmácia (Roberts, Benrimoj, Chen, Williams, & Aslani, 2006).

1.1 - Atividade Farmacêutica em Portugal

1.1.1 - Farmácia Comunitária

Com a entrada em vigor da Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro de 2007 “as farmácias foram evoluindo na prestação de serviços de saúde e, de meros locais de venda de medicamentos, bem como da produção de medicamentos manipulados para uso humano e veterinário, transformaram-se em importantes espaços de saúde, reconhecidos pelos utentes” (Saúde, 2007).

Desta forma, e com base no novo regime jurídico de propriedade de farmácias comunitárias, que estabeleceu a ausência de obrigatoriedade da propriedade das farmácias ser exclusiva do diretor técnico, a distribuição geográfica de farmácias é limitada pelo número de habitantes, tal como a distância quilométrica de farmácias e postos de saúde entre si (Infarmed I.P., 2011).

Assim, desencadeou-se um aumento da concorrência no setor farmacêutico, com uma necessidade acrescida das farmácias definirem a sua posição na sociedade. Em 2014 existiam em Portugal 2889 farmácias, correspondente a 2,8 farmácias por 10.000 habitantes (Eguren & Cobos, 2014), (Industrial et al., 2014), sendo que há 10 anos atrás, em 2004 existiam 2759 farmácias (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2004).

Desta forma, cada farmácia deve definir os seus objetivos, isto é, saber que tipos de necessidades quer satisfazer, dando maior importância à dispensa de medicamentos ou privilegiando os serviços farmacêuticos (Costa, Santos, & Silveira, 2006).

Em julho de 2014, foi estabelecido um acordo entre o Ministério da Saúde (MS) e a Associação Nacional das Farmácias (ANF), no qual vigorou a importância crescente do reconhecimento das farmácias como uma rede de cuidados de saúde e de proximidade, integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), com um benefício direto dos doentes. Identificaram-se áreas prioritárias, que têm por base uma intervenção direta no âmbito da saúde pública. Desta forma, a ideia é criar incentivos nas farmácias, como por exemplo, a dispensa de medicamentos genéricos, o controlo da diabetes e a troca de seringas (Duarte, 2014), (ANF, 2014).

1.1.2 - Papel do Farmacêutico na Sociedade

O doente necessita de um profissional de saúde empenhado em detetar, resolver e prevenir problemas relacionados com a medicação (PRM), ajudando-o a evitar situações que, durante o processo de uso dos medicamentos, possam causar o aparecimento de resultados clínicos negativos (Soares, Fernandez-LlimóS, Lança, Cabrita, & Morais, 2008). Esta competência do farmacêutico está consagrada na Lei Portuguesa, pelo Decreto-Lei nº 288/2001 de 10 de novembro, que explica que o exercício da atividade farmacêutica tem como objetivo essencial a pessoa e o doente (Artigo 72º) e, ainda pelos Artigos 81º e 107º, ficou, igualmente estabelecido que a primeira responsabilidade do farmacêutico deverá ser a saúde e o bem-estar do doente e do cidadão em geral (Saúde, 2001).

Assim sendo, compete ao farmacêutico oferecer ao doente um serviço de modo a melhorar os seus resultados clínicos, económicos e humanísticos, através da utilização de medicamentos (Caramona & Figueiredo, 2013). Esta realidade já era citada em 2006, pela Nova Lei do Medicamento, que salientava: “...nas farmácias de oficina, os farmacêuticos, como responsáveis pela dispensa de medicamentos aos cidadãos, zelarão pelo cumprimento das pautas estabelecidas pelo médico responsável do doente na prescrição, e cooperarão com ele no acompanhamento do tratamento através dos procedimentos de cuidados farmacêuticos, contribuindo para assegurar a sua eficácia e segurança” (Ministério da Saúde, 2006).

Contudo, a evolução do papel do farmacêutico comunitário está a ocorrer a um ritmo lento, influenciada por inúmeros fatores externos, tal como a remuneração, visto que esta provém do vencimento estipulado pelas farmácias, sendo que o lucro dessas depende, entre outros fatores, da margem de comercialização dos medicamentos, onde se incluem os de prescrição, os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) e outros produtos de saúde (com uma margem relativamente arbitrária e variável entre farmácias, mas dependente do IVA do produto). Quaisquer serviços prestados atualmente serão diretamente pagos pelo doente, num modelo *out-of-pocket*, sendo estes em regra isentos de IVA, e também com valores estipulados de forma arbitrária, da qual resultarão diferentes margens. Assim sendo, o farmacêutico comunitário encontra-se numa situação dúbia, na qual muitas vezes o seu salário depende da venda de um produto, mantendo a dualidade de ser visto simultaneamente como comerciante e profissional de saúde. Como

tal, estes são muitas vezes vistos de forma ambígua pela população e por outros profissionais de saúde (Gregório & Velez Lapão, 2012).

Como a aquisição das novas competências feita de forma muito heterogênea e lenta, com a maioria dos farmacêuticos comunitários a limitarem, ainda as suas atividades à dispensa de medicamentos, há uma necessidade clara de mudança no seu papel. Este deverá passar, cada vez mais, pelas mais recentes tecnologias e prestação de cuidados farmacêuticos, um maior reconhecimento das atitudes e valores dos mesmos, uma maior interação com os médicos e um maior reconhecimento pelo Estado. Assim, a sua prestação será tanto melhor, quanto maior for a interligação entre todas as entidades e órgãos mencionados anteriormente e tal como exemplificados pela **Figura 1** (Gregório & Velez Lapão, 2012).



Figura 1 - Fatores com influência no papel do farmacêutico comunitário no sistema de saúde.
Retirado de: (Gregório & Velez Lapão, 2012).

1.1.3 - Contextualização Social das Farmácias

Nas últimas décadas, foram observadas alterações sociais e económicas a nível mundial, que afetaram os cuidados de saúde, tal como todas as farmácias. Como mencionado anteriormente, o aumento da EMV e o maior acesso que as pessoas têm, atualmente, aos medicamentos e meios complementares de diagnóstico, assim como aos profissionais de saúde com elevado conhecimento e especialização, contribuíram para uma maior necessidade de acompanhamento, empenho e dedicação dos farmacêuticos para com os doentes. A realidade está presenciada nas farmácias, há um constante

aumento dos doentes polimedicados, com maiores necessidades de acompanhamento e gestão da terapêutica (Carneiro, 2012).

Atualmente, a responsabilidade social no setor farmacêutico encontra-se bem patente, com quatro grandes dimensões: 1) melhoria da relação farmácia/doente, 2) farmácia/comunidade, 3) implementação de iniciativas e 4) prevenção ambiental. É frequente uma maior relação dos doentes com a farmácia (venda de medicamentos a crédito, procura e disponibilização de medicamentos noutras farmácias, encaminhamento e referenciação de doentes para consultas médicas, apoio à sustentabilidade e acessibilidade da população ao medicamento). Apresentam, também, uma dimensão mais importante para a comunidade em geral (apoio a instituições de solidariedade social, informação à população, campanhas de promoção da saúde e rastreios para identificação de indivíduos suspeitos de determinada condição). Destaca-se também uma dimensão mais institucional orientada, essencialmente, para a adoção e integração de novas iniciativas (programas de cuidados farmacêuticos, recurso aos centros de informação, colaboração em estudos de utilização de medicamentos). E, ainda, sem desprezar a preocupação com as questões de qualidade ambiental e de sustentabilidade, evidenciada no forte peso das iniciativas de prevenção ambiental (reciclagem, separação de lixos, incluindo o programa *Valormed*) (Duarte, Alzira ; Nunes, F. ; Martins, 2001).

1.1.4 - O Setor em números

Em Portugal, entre 2010 e 2014 a despesa do SNS com medicamentos foi reduzida em cerca de 540 milhões de euros. Desta despesa total, 87,2% advém da quebra dos encargos em ambulatório, apesar do SNS ter passado a suportar (a partir de abril de 2013) os encargos com medicamentos em ambulatório dos subsistemas de saúde da ADSE, GNR, PSP e Forças Armadas (Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), 2015).

Houve assim, uma redução de encargos do SNS com medicamentos, que resultou de um conjunto de medidas que afetaram fortemente o mercado ambulatório ao longo dos últimos anos, com sucessivas reduções de preços, nomeadamente através da redução das margens máximas da distribuição (grossistas e farmácias), alteração da forma de cálculo das margens, que passaram a designar-se por regressivas, a redução da própria comparticipação e o crescimento do mercado de genéricos (Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), 2015).

Entre 2010 e 2014 encerraram 61 farmácias em Portugal, tendo apenas reaberto 24 no mesmo período de tempo, segundo os dados facultados pela Autoridade Nacional do Medicamento e dos Produtos de Saúde (INFARMED) (Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), 2015).

1.2 - Serviços disponibilizados pelas Farmácias Comunitárias

1.2.1 - Serviços Farmacêuticos

Ao introduzir o tema “Serviços Farmacêuticos” (SF), frequentemente designados de serviços cognitivos, pode-se citar Roberts *et al.* que definiu “serviços oferecidos pelos farmacêuticos nos quais utilizam o seu conhecimento e perícia, a fim de melhorar a farmacoterapia e a gestão da patologia, mediante a interação com o doente ou com outro profissional de saúde, quando necessário” (Del & El, 1993).

Já Gastelurrutia *et al.*, definiu que os serviços cognitivos do farmacêutico são “serviços orientados para o doente e realizados por farmacêuticos que, exigindo conhecimentos específicos, têm por objetivo melhorar o processo de uso dos medicamentos e/ou os resultados da farmacoterapia” (Ma Gastelurrutia et al., 2005).

Assim sendo, estes serviços baseiam-se no fato de se dirigirem à população em geral ou ao doente em particular, podendo-se agrupar em dois grupos: grupo I - inserido no âmbito da saúde pública, tal como os serviços de educação/promoção da saúde e de informação/aconselhamento sobre medicamentos; grupo II - centrado no doente individual, de modo a otimizar a terapêutica, no qual se inserem a informação sobre medicamentos, o aconselhamento farmacêutico, a educação para a saúde, a promoção da adesão à terapêutica, a farmacovigilância, a elaboração de medicamentos magistrais, a dispensa e indicação farmacêutica e, ainda serviços diferenciados como a revisão da medicação, a gestão da doença e o acompanhamento farmacoterapêutico (Drive et al., 2010).

Desta forma, em Portugal, as farmácias, de acordo com a Portaria nº 1429/2007 podem prestar os seguintes serviços: apoio domiciliário, administração de primeiros socorros, administração de medicamentos, utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação (PNV), programas de Cuidados Farmacêuticos (CF), campanhas de informação e colaboração em programas de educação para a saúde (Saúde, 2007).

Embora a regulamentação e legislação neste assunto padeçam de algumas lacunas, já foram implementados vários programas de educação para a saúde, tal como os exemplificados de seguida, que se destinam a atender um público específico (Costa et al., 2006).

Em maio de 2000, ou seja, anterior à implementação da Portaria, foi implementado o Programa da *Valormed*, que resumidamente consistia no uso racional de medicamentos, tal como prevenção de riscos ambientais, no qual as farmácias incentivavam os utilizadores a colocarem todos os resíduos de medicamentos e medicamentos de uso veterinário; eram um serviço completamente gratuito (Costa et al., 2006).

O *Programa Troca de Seringas* corresponde a um outro serviço implementado em 1993, no qual eram entregues aos doentes um *kit* estéril que continha seringas e agulhas descartáveis, limpeza, um preservativo e material educativo; este era atribuído a todos os toxicodependentes que comparecessem na farmácia com as suas seringas e agulhas usadas, de modo a poderem ser destruídas e recolhidas num local seguro. Este programa, indiretamente, conseguiu alcançar uma grande vantagem: a diminuição no aparecimento diário de novos casos do Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Este programa encontrava-se suportado diretamente pela parceria entre a Luta contra a SIDA e a ANF, responsabilizando-se pela distribuição dos *kits* e por todo o material envolvente ao programa. Indiretamente era igualmente suportado pelas farmácias, na medida em que o farmacêutico despendia algum do seu tempo laboral. Encontrou-se em vigor até dezembro de 2012, sendo interrompido por apenas um ano, pois já se encontra novamente em vigor, desde janeiro de 2015. Este reinício do programa foi feito de forma gradual e obedecendo às prioridades geográficas de intervenção, sendo inteiramente gratuito para os doentes (Anf, 2008), (Madeira, Anabela; Horta, 2015).

Implementou-se também em 1998, tendo vigorado até 2014, o *Programa de substituição com Metadona*, no qual os farmacêuticos receberam formação para administrar metadona em doentes que vinham diretamente encaminhados por médicos especialistas em centros de tratamento, consistindo num programa de alto limiar, ou seja, era requerido aos doentes que estivessem em abstenção de outras drogas, sendo-lhes exigidas análises periódicas. Este era igualmente gratuito para os doentes e suportado, de igual maneira que o programa mencionado anteriormente (El, Un, & Formativo, 2010).

Em 1999, iniciavam-se nas farmácias os *Programas de Gestão baseados na Doença*. Tratava-se da implementação dos CF, nos quais se desenvolveram programas

baseados na assistência farmacêutica, cabendo aos farmacêuticos apoiar os doentes, com base na gestão da sua farmacoterapia e na identificação de PRM. A ANF recebia formulários para serem supervisionados e de 6 em 6 meses existiam reuniões entre esta e as farmácias para discutir casos de certos doentes (Costa et al., 2006).

Em 2001, um estudo piloto foi implementado em 88 farmácias envolvendo 356 doentes com asma, diabetes e/ou HTA, sendo que o tempo médio gasto por consulta correspondia a 14 minutos. Aqui, as categorias mais identificados foram a falta de tratamento medicamentoso e erro na seleção do princípio ativo, a dose, regime e/ou duração (Costa et al., 2006).

Outro programa igualmente importante é o exemplo do *Programa Nacional para a Diabetes*, por se tratar de um dos programas de saúde pública existente em Portugal já desde a década de 70. Este já foi atualizado diversas vezes, intitulando-se desde 2012 como *Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes* (PNPCD). Este programa apresenta como objetivos principais a redução da incidência da diabetes, bem como as suas complicações e, como tal, uma redução direta das comorbilidades e mortalidade. Foi um programa que tinha um custo x para o dente, sendo a restante parte suportada pelo SNS (Dgs, 2012).

Desta forma, muitos são os exemplos de serviços já implementados e muito mais pode ou é “desejável” ser feito. SF é um conceito, ou melhor dizendo um ato já implementado e executado, contudo não do conhecimento de toda a população, até ao momento.

1.2.2 - Cuidados Farmacêuticos

No início dos anos 90, a prestação de CF começou a ser aceite pela generalidade dos profissionais, como a nova missão tanto dos farmacêuticos comunitários, como hospitalares (Berenguer B, La Casa C, de la Matta MJ, 2004).

O termo *pharmaceutical care* foi utilizado pela primeira vez na literatura científica em 1975, sendo definido como todo o cuidado que um doente requer e recebe, assegurando o uso seguro e racional do medicamento (Mikeal RL, Brown TR, Lazarus HL, 1975).

Hepler e Strand, conhecidos como os pais dos CF, em 1990, definiram-nos como “o fornecimento responsável de fármacos com o objetivo de obter resultados que melhorassem a qualidade de vida dos doentes; sendo que os resultados desejados seriam

curar a doença, eliminar ou reduzir os sintomas, parar ou diminuir a progressão da doença e prevenir a doença ou os sintomas”. Descreveram, também, que os CF envolvem uma cooperação entre o farmacêutico e o doente e outros profissionais de saúde para que se possa definir, implementar e monitorizar o plano terapêutico (Hepler, Charles D.; Strand, 1990).

Os CF surgiram não apenas como uma resposta às necessidades profissionais dos farmacêuticos, mas principalmente como resposta a uma necessidade social objetiva: os doentes terem resultados clínicos negativos da farmacoterapia e os farmacêuticos deverem procurar resolvê-los (Caramona & Figueiredo, 2013). Desta forma, no seguimento da divulgação e monitorização dos programas de CF nas farmácias portuguesas, foi criado em 1999, o *Departamento de Cuidados Farmacêuticos* da ANF. Mais tarde, em 2001, ocorreu a implementação dos CF através da realização de um ensaio piloto aos programas desenvolvidos específicos para a diabetes, HTA e asma/doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Estes serviços tiveram por base uma intervenção farmacêutica, que consistia no seguimento farmacoterapêutico do doente, envolvendo sempre que necessário o médico assistente.

Assim sendo, há uma necessidade de recuar à publicação do Primeiro Consenso de Granada, em 1999, que propunha uma metodologia de trabalho para avaliar os resultados da farmacoterapia seguida pelos doentes, de modo a identificar, prevenir e resolver possíveis PRM. Esta metodologia, conhecida como o método de *Dáder*, consistia na descrição por parte do doente dos medicamentos que utilizava e do seu estado de saúde num determinado momento, de modo a identificar PRM, sendo posteriormente realizadas as necessárias intervenções farmacêuticas para prevenir e resolver os PRM identificados. Numa fase final era feita a avaliação dos resultados obtidos e, se necessário, definido um plano de intervenção alternativo. Ao farmacêutico, cabia executar 3 funções fundamentais: identificar potenciais e reais, resolver reais e prevenir potenciais PRM (Farris, Fernandez-Llimos, & Benrimoj, 2005).

PRM pode, assim, ser definido como o sinal ou sintoma que o doente manifesta (potencial ou realmente) e que pode estar relacionado com os medicamentos utilizados, surgindo a necessidade de intervir, através do contato com o prescriptor no sentido de resolver o problema identificado. Mais tarde, em 2002, surgiu uma nova publicação do Consenso de Granada que integrava modificações que procuravam esclarecer dúvidas e resolver dificuldades acerca da classificação de PRM anotadas no primeiro consenso (Santos H, Iglésias P, Fernández-Llimós F, Faus M, 2004).

Surge, desta forma, assim uma filosofia de atuação assistencial centrada no doente em que o farmacêutico, integrado na equipa de saúde, assume as suas responsabilidades perante a medicação, assegurando que cada doente recebe a terapêutica farmacológica mais efetiva e segura que necessita para tratar, controlar ou prevenir a sua doença (Galvão, 2006), encontrando-se mencionado na **Tabela 1** alguns dos fatores associados aos PRM.

Tabela 1 - Fatores associados a Problemas com Medicação. Retirado de: (Galvão, 2006).

Prescrição de medicamento errado ou desnecessário
Nova medicação ou medicação adicional desnecessária
Medicamento errado (contraindicações, desadequado à situação para que é prescrito)
Dosagem demasiado baixa ou elevada
Reacção adversa
Não adesão (incapacidade de tomar os medicamentos correctamente, custo, erro de prescrição)

Uma boa utilização do medicamento diminuirá significativamente os resultados negativos da farmacoterapia, que se manifestam por deterioração no estado de saúde do doente. Estes resultados clínicos negativos podem ser consequência dos medicamentos tomados ou da falta deles (problema de saúde não tratado), que se revelam pelo não alcance dos objetivos terapêuticos – inefetividade por tratamento ou dosagem insuficientes, interações medicamentosas, desenvolvimento de tolerância, não adesão à terapêutica, resistência ao tratamento, falhas técnico-científicas, falta de acompanhamento do doente – e/ou no aparecimento ou agravamento de efeitos não desejados – insegurança (Dobbs, Brahm, Fast, & Brown, 2004).

Isto é, o farmacêutico do século XXI sabe que pode ter um valor acrescentado nos cuidados de saúde de um doente através da prestação de novos SF, tendo sempre por base a avaliação da farmacoterapia, com a finalidade de permitir que os medicamentos que um dado doente toma contribuam para serem atingidos os objetivos terapêuticos previamente definidos (efetividade) sem agravarem ou gerarem novos problemas de saúde (segurança) (Originales & Works, 2007).

Para finalizar e interpretando o que Fernandez-Llimos afirmou em 2013, ainda existe uma grande confusão em torno da palavra inglesa *pharmaceutical*, cujo significado já foi debatido neste capítulo. Esta tanto pode ser utilizada como adjetivo (farmacêutico) ou como nome comum (conjunto de medicamentos e dispositivos), o que levanta a dúvida se *pharmaceutical care* serão cuidados prestados pelos farmacêuticos ou cuidados em volta do medicamento. Desta forma, em março de 2013 reuniram-se especialistas a nível mundial, no qual induziram uma nova definição para CF, como sendo a “contribuição dos

farmacêuticos para os cuidados dos indivíduos, de forma a otimizar o uso dos medicamentos e melhorar os resultados em saúde”. Assim, sugeriam-se duas denominações: “serviços do farmacêutico” e “serviços da farmácia”, sendo que não é de todo ainda um assunto completamente consensual e o qual continuará a ser desenvolvido (Santos H, Iglésias P, Fernández-Llimós F, Faus M, 2004).

1.2.3 - Importância da implementação dos Serviços Farmacêuticos

Num estudo recente foram mencionados conceitos fundamentais de implementação, que segundo os autores, se verificam na fase inicial da implementação dos SF. Enumeraram-se seis: 1) o processo de implementação, 2) a inovação (profissional e o serviço na farmácia), que é influenciada, por outro lado 3) por domínios contextuais, os 4) fatores que condicionam a implementação, as 5) estratégias a utilizar, para facilitar a implementação e, por fim, 6) evoluções (Moullin, Sabater-Hernández, & Benrimoj, 2015).

Atualmente, todas as farmácias apresentam os mesmos produtos, como tal, há uma necessidade de diferenciação entre as mesmas, passando pela diferença no tipo de serviços prestados. Pretende-se uma maior valorização dos serviços, de maneira a fidelizar os doentes à farmácia, incluindo serviços mais sofisticados e, que acrescentem valor à prestação do farmacêutico (Gregório & Velez Lapão, 2012). Dos vários serviços já implementados em Portugal, há uma clara evidência da intervenção do farmacêutico com as estruturas prestadoras de cuidados de saúde (Figueiredo & Caramona, 2014).

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o SNS, como tal os desafios em otimizar a viabilidade passa pelo préstimo dos CSP, que terão que incluir o pagamento dos serviços para reduzir o custo do fornecimento de produtos (Figueiredo & Caramona, 2014), (Gregório & Velez Lapão, 2012).

Desta forma, a **Tabela 2** resume e enumera os principais SF clínicos que já foram introduzidos e implementados, de acordo com uma revisão sistemática que foi elaborada em 2010 (Correr, Salgado, Rotta, & Fernandez-Llimos, 2010).

Tabela 2 – Exemplos de Serviços farmacêuticos implementados até 2010. Adaptado de: (Correr et al., 2010).

Categoria	Descrição
Aconselhamento ao doente	<p><u>Objetivo:</u> promover o uso correto de medicamentos e práticas de autocuidado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Serviço que se foca no aconselhamento de medicamentos, doenças e medidas não farmacológicas, juntamente ou não com a entrega de medicamentos
Deteção e prevenção de fatores de risco	<p><u>Objetivo:</u> controlar fatores de risco específicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ As intervenções são centradas geralmente em técnicas comportamentais, educação individual ou em grupo (exemplo: cessação tabágica)
Adesão à terapêutica	<p><u>Objetivo:</u> adesão do doente ao tratamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Utilizar a educação para a saúde e o aconselhamento, os dispositivos e os recursos facilitadores, em consultas domiciliárias, na farmácia comunitária ou remotas (telefone, web, e-mail).
Revisão da medicação e farmacoterapia	<p><u>Objetivo:</u> identificar e corrigir falhas na utilização pelo doente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Serviços que se focam na revisão dos medicamentos e ajustes na farmacoterapia dos doentes, como a seleção inapropriada de medicamentos e respetivo regime terapêutico, efeito sentidos pelo doente; fazem-se recomendações ao doente ou ao médico, que pode possuir maior ou menor autonomia para realizar modificações no tratamento
Elaboração de protocolos	<p><u>Objetivo:</u> iniciar um tratamento farmacológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Com a definição de protocolos, o farmacêutico começa a ter autonomia para iniciar um tratamento, com medicamentos isentos de prescrição médica

1.2.4 - Sustentabilidade dos Serviços

Para que os SF sejam sustentáveis na farmácia é necessário uma reestruturação organizacional da mesma, sendo necessário que cada membro desta conheça concretamente as suas funções, devendo ainda estar estabelecidos protocolos bem definidos. Como tal, a sustentabilidade corresponde à fase final da execução do processo de SF em farmácia comunitária. Na realidade, o nível de execução não é mais que a medição dos resultados da implementação, estando diretamente relacionada com o alcance e manutenção da sustentabilidade da prestação de serviços (Moullin et al., 2015).

Desta forma, a medição da sustentabilidade pode ser feita, tendo em conta três ideias: 1) rotina (padrão repetitivo, reconhecível do novo serviço), 2) institucionalização (apoio e condições favoráveis para tal serviço) e 3) manutenção de benefícios, tal como descrito na **Figura 2**.

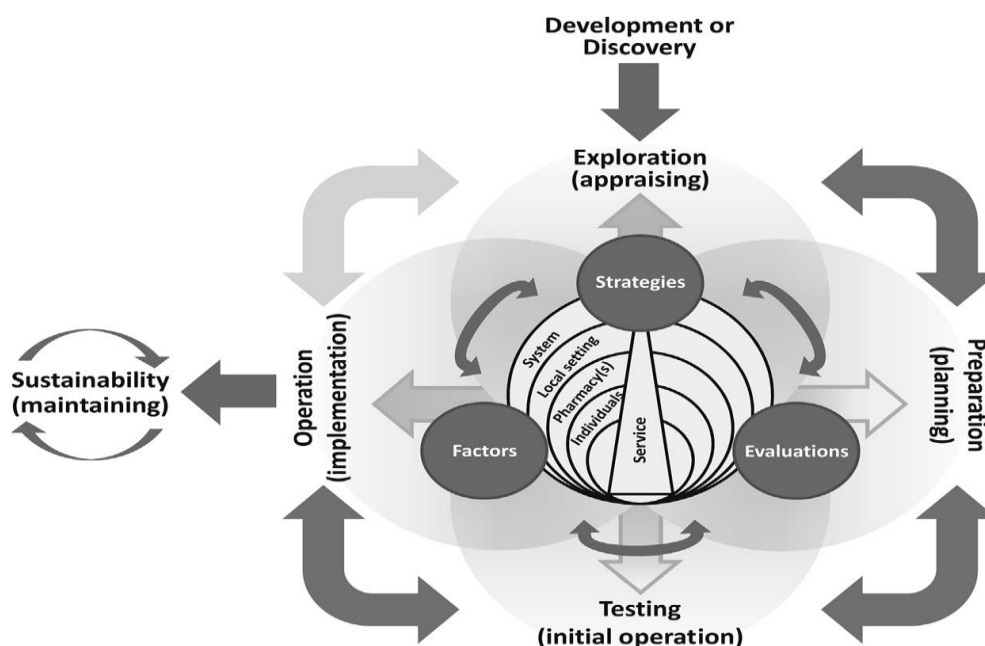


Figura 2 - Quadro ilustrativo da execução de serviços em Farmácia.
Retirado de: (Moullin et al., 2015).

A rotina corresponderá à integração ou entrega do novo serviço; institucionalização, quando se institui/implementa o serviço, tendo por base a organização e contexto do sistema e, por fim, a manutenção dos benefícios, visa um melhor resultado possível, na relação manutenção do serviço/benefício do doente. Assim, para se conseguir uma sustentabilidade, há que criar o sistema, mantê-lo e ponderar os fatores locais onde vai ser implementado, pois será isso que imperará numa boa sustentabilidade. Para tal,

não se poderá descartar o interesse de ambas as partes (doentes e farmácia), nem deixar de lado o apoio político (Moullin et al., 2015).

1.3 - Barreiras e Facilitadores para a implementação de Serviços Farmacêuticos

Embora a maioria dos farmacêuticos aprove a filosofia subjacente aos CF, sabe-se que atualmente ainda há pouca disseminação.

Na prática, a implementação consiste no estabelecimento de um serviço cognitivo, incluindo protocolos, processos, sistemas e avaliação dos resultados documentados (Benrimoj, Feletto, Gastelurrutia, Martinez Martinez, & Faus, 2010).

A sustentabilidade pode ser definida como a manutenção de um serviço de continuidade, incluindo a sua documentação e os indicadores de acompanhamento; considerado um elemento essencial, uma vez que se trata da introdução de um serviço (Moullin et al., 2015).

Considera-se uma barreira qualquer tipo de obstáculo (material ou imaterial), o que dificulta ou impede a divulgação, implementação e/ou sustentabilidade dos serviços cognitivos da farmácia (Schulz, 2006).

E, por fim, por sua vez, um facilitador é qualquer tipo de elemento (material ou imaterial), que pode ajudar a superar os obstáculos e/ou acelerar a sua difusão, implementação e/ou sustentabilidade na comunidade farmacêutica (Roberts, Benrimoj, Chen, Williams, & Aslani, 2008).

1.3.1 – Barreiras

De modo a compreender a prática farmacêutica corrente, pode-se mencionar Hepler e Strand que afirmaram em 1990: "...a missão da prática da farmácia não é apenas a chamada farmácia clínica. Conhecimentos e habilidades clínicas por si só não são suficientes para maximizar a eficácia dos SF. Deve haver uma adequada filosofia de prática e uma estrutura organizacional dentro da própria prática" (Hepler, Charles D.; Strand, 1990).

Como tal, há inúmeras publicações e estudos acerca das barreiras para a implementação de SF. Assim sendo, e desatacando dez estudos, diversas barreiras são referidas. Desta forma, recuando a 1998, Bell *et al.* analisaram barreiras para a implementação de serviços cognitivos, que consistiam essencialmente em 1) preparação

inadequada, 2) orientação empresarial dos farmacêuticos, 3) isolamento de farmacêuticos, 4) falta de entusiasmo e 5) falta de contato com os doentes (Bell HM, McElnay JC, 1998).

Em 2001, o estudo realizado por Mil *et al.*, tinha por objetivo identificar as principais barreiras para a implementação de SF, em diferentes países europeus, de modo a estabelecer a importância relativa dessas barreiras. Enumerou-se a falta de tempo e a falta de dinheiro, como as principais barreiras, bem como a questão eminente da falta de ajuda das organizações representativas. Havia uma falta de ajuda por parte das associações farmacêuticas, para a explicação dos serviços aos profissionais e a interação no estabelecimento de um pagamento. Por sua vez, como barreiras menos importantes salientavam-se a privacidade, os problemas legais, a formação do pessoal, falta de competência na avaliação de medicamentos e a inércia dos farmacêuticos como um grupo (J. W. F. Mil et al., 2001).

Curiosamente, Plaza analisou ainda as barreiras com base no grau de experiência do farmacêutico na implementação de SF. Eles sugerem que: A) os farmacêuticos que já têm serviços introduzidos estão preocupados com as questões de formação e comunicação com os médicos; B) aqueles que estão prestes a começar a introduzir estes serviços estão preocupados com a falta de tempo, treino e pagamento; C) aqueles que abandonaram a prática tê-lo-ão feito devido à falta de tempo, de espaço na farmácia, de pagamento, de consenso no trabalho, de procedimentos e falta de colaboração da equipa farmacêutica, dos doentes e dos médicos (Plaza L, 2003).

Noutro estudo, levado a cabo em 2005, por Gastelurrutia *et al.*, foram estudados 11 países europeus, para analisar a perceção das verdadeiras barreiras; destacou-se a falta de dinheiro e/ou falta de tempo, que na realidade se traduzia na falta de um reembolso pelo serviço prestado. Na **Tabela 3** figuram as dez mais importantes barreiras mencionadas. Neste inquérito, apenas Espanha não enumerava a falta de dinheiro, como a principal barreira. Aqui era levantada a questão inerente a todos os países: “antes da tentativa de implementação de SF, deveria haver um estabelecimento de um pagamento pelo ato desenvolvido e prestado” (Ma Gastelurrutia et al., 2005).

Tabela 3 - Barreiras para a implementação de Serviços Farmacêuticos.
Retirado de: (Ma Gastelurrutia et al., 2005).

<u>As 10 barreiras mais importantes</u>	
1	Falta de dinheiro (reembolso)
2	Falta de tempo
3	Atitude/opinião de outros profissionais
4	Falta de habilidade de comunicação
5	Estrutura dos cuidados de saúde em geral
6	Falta de educação/preparação clínica
7	Atitude/opinião- dos farmacêuticos
8	Falta de educação em comunicação
9	Falta de competências de gestão
10	Falta de visão sobre o desenvolvimento profissional

Noutro estudo de Gastelurrutia *et al.*, ao interpretar a realidade do ponto de vista do farmacêutico, mencionava-se uma grande barreira, que muitas vezes é desprezada, que passa pelo fato da constante, rigorosa e exigente preparação científica a nível universitário. Referem uma excessiva carga horária a nível científico, passando pelas mais diversas áreas, como Anatomia, Fisiologia, Química e Biologia, em detrimento das competências clínicas. A estrutura do curso é encarada como um ponto negativo na construção dos futuros farmacêuticos, mais concretamente na vertente prática, que se deveria direccionar para a aprendizagem de CF e acompanhamento terapêutico (M. A. Gastelurrutia et al., 2007) .

Os farmacêuticos, para se sentirem aptos, preparados e confiantes para no futuro responder às necessidades dos doentes, necessitam de uma melhor aprendizagem desde o início da sua formação, direccionando e aumentando o treino nas aulas práticas, para a área clínica. Segundo os autores, o gosto é um ponto essencial para se ser um farmacêutico clínico, mas o gostar de serviços cognitivos e da área clínica, não compensa o turbilhão de aspetos, pelos quais é necessário passar, para que tal implementação compense ser feita, referindo que se a farmácia funciona bem antes da sua implementação, não significa que funcione após implementação (M. A. Gastelurrutia et al., 2007).

Por outro lado, segundo Kuo *et al.*, a principal e mais difícil barreira é a relação médico/farmacêutico, pois nem todos os médicos, principalmente os médicos de família

conseguem lidar com o papel autônomo do farmacêutico, aquando de sugestões de coordenação farmacoterapêutica; há uma resistência na aceitação por parte do médico, da utilidade da intervenção farmacêutica, no ajuste da respetiva evolução clínica e terapêutica medicamentosa do doente (Kuo, Buckley, Fitzsimmons, & Steinbauer, 2004).

No entanto, Martín-Calero *et al.* afirmam que os médicos que melhor colaboram com os farmacêuticos e que aceitam, pelo menos, ouvir ou receber por carta as sugestões dos mesmos, acabam frequentemente por afirmar que o assunto reportado se verificava, agradecendo o fato da melhoria na saúde do seu doente. Para estes autores, muitas vezes, a barreira do médico, não é uma real barreira; mencionam que, pela evolução dos tempos, existirá uma maior aceitação e credibilização desta cooperação, favorecendo a relação médico-farmacêutico (Martín-Calero *et al.*, 2004).

Uma outra barreira mencionada assenta no pressuposto da mudança de filosofia da atenção farmacêutica ser de tal forma importante, que a realização do produto (orientação para o doente), nomeadamente, para avaliar os resultados da farmacoterapia no doente, é efetivamente um mudar no paradigma da prática farmacêutica. De fato, na maioria dos casos, os SF ainda são realizados a pedido ou ordem de outra, geralmente o médico. Na filosofia dos CF, estes atendem os doentes de forma a melhorar os resultados, sendo que há uma necessidade extrema do envolvimento de todos os setores da saúde, tal como representado na **Figura 3** (Rossing, Holme Hansen, Krass, & Traulsen, 2003).

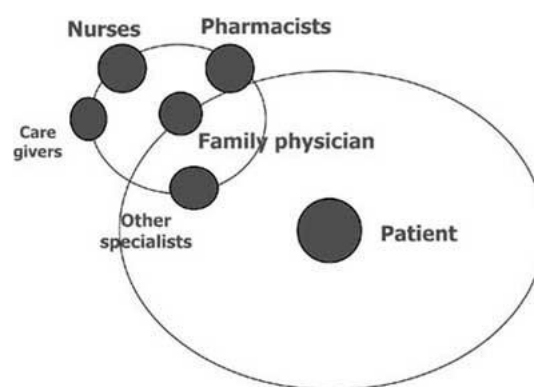


Figura 3 - Representação do modelo assistencial em saúde.
Retirado de: (Rossing, Holme Hansen, Krass, & Traulsen, 2003).

Por outro lado, segundo Albrecht *et al.* há uma necessidade de pessoal qualificado para executar os serviços. Existem custos principais que incluem o treino do pessoal, onde por vezes é necessário o pagamento de cursos de formação contínua e contratação de pessoal adicional. Afirmam que, sem a adequada equipa, os novos serviços não podem

ser implementados: "o pessoal é sempre um problema na prestação profissional de serviços clínicos" (Albrecht et al., 2006).

Por fim, fazendo ainda referência a um estudo que avaliou dois grupos de farmacêuticos: 1) um grupo que consideravam ser "especialistas em SF" e 2) outro grupo de farmacêuticos comunitários, que foram escolhidos de forma aleatória e estratificada, ambos mencionaram uma barreira, que foi a ausência de treino/à vontade para atender às necessidades da nova atividade. De acordo com este estudo, os especialistas (grupo 1) enumeraram um conjunto de barreiras farmacêuticas: 1) a mudança de mentalidade na forma de trabalho, 2) ausência de treino, e 3) ausência de vontade (falta de entusiasmo, incredulidade, medo da mudança). Estes especialistas não relataram a falta de tempo e a falta de espaço na farmácia. As barreiras encontradas pelos farmacêuticos comunitários (grupo 2) foram: 1) o excesso de trabalho, 2) a falta de tempo, 3) infraestruturas inadequadas, 4) motivação económica, 5) absentismo associada à idade, 6) menor acessibilidade nas farmácias rurais e 7) falta de colaboração do pessoal técnico (FIP Pharmacy Education Taskforce, 2010).

Apesar das diversas barreiras estudadas, poderá referir-se em forma de conclusão, que a principal barreira que o farmacêutico terá de vencer será a da sua própria mentalidade. O novo farmacêutico não poderá continuar a sentir-se apenas o técnico superior do medicamento, mas deverá assumir-se como o profissional de saúde capaz de cuidar do doente através da gestão da sua medicação (Plaza L, 2003)

1.3.2 – Facilitadores

Tal como já mencionado nas barreiras, há inúmeros estudos que referem facilitadores que impulsionam e facilitam a implementação dos SF, tal como os cinco estudos referidos de seguida.

Segundo Kotter, há vários elementos-chave que podem ser vistos como facilitadores para o sucesso da implementação dos SF. Tais fatores podem ser classificados de internos ou externos; no primeiro grupo inserem-se a 1) atitude positiva da equipa, 2) o incentivo à motivação, 3) o *design* da farmácia, 4) o fluxo de trabalho e 5) promoção de um ambiente profissional; quanto ao segundo grupo incluem-se 1) as regulamentações, 2) o apoio de grupos profissionais, 3) uma prática mais constante, 4) formação de redes e 5) exemplos de liderança dos farmacêuticos, sendo 6) o *marketing*, importantíssimo facilitador e que requiere um grande destaque (Kotter, 1995).

Segundo Roberts *et al.*, a orientação empreendedora (OE) de uma farmácia pode ser vista como um facilitador da prestação de serviços, pois trata-se de um recurso que descreve uma capacidade da farmácia para, neste caso, oferecer um novo serviço. Tal é comprovado, por uma amostra aleatória de 324 farmácias comunitárias que determinaram a sua OE (baseada em cinco dimensões: 1) pro-atividade, 2) inovação, 3) riscos, 4) autonomia e 5) competitividade), de modo a investigar a relação entre OE e a prestação de serviços inovadores. Assim, foi provado que as farmácias com uma elevada OE estavam mais propensas a fornecer novos SF do que aqueles com uma reduzida OE (Roberts *et al.*, 2006).

Por sua vez, um estudo de Plaza identificou seis facilitadores que podiam aumentar a produtividade do processo dos serviços cognitivos e que passariam por um processo de mudança que incluía: 1) reembolso de implementação e/ou fornecimento do serviço, 2) apoio externo ou assistência, 3) reorganização da estrutura da farmácia e das suas funções, 4) comunicação, 5) liderança interna e 6) a delegação de tarefas (Plaza L, 2003).

Outro estudo levado a cabo, também, por Roberts *et al.*, para identificar os “facilitadores de mudança prática” demonstrou semelhanças com o estudo referido anteriormente. De maneira que se identificaram os facilitadores, de modo a poderem ser integrados na prática e nos diferentes níveis de implementação. Foram eles: 1) relacionamento com os médicos, 2) remuneração, 3) *layout* da farmácia, 4) expectativa do doente, 5) pessoal técnico, 6) comunicação da equipa e 7) apoio externo e assistência. Basearam-se na experiência real dos farmacêuticos e nos programas já implementados ou em curso nas respetivas farmácias. O relacionamento com os médicos foi o facilitador mais relevante por quase metade da amostra estudada, que afirmam ser o maior foco para o desenvolvimento e manutenção de uma boa relação a nível local, sendo um dos principais mediadores na mudança de orientação e uma maior orientação para a evolução e melhoria dos serviços clínicos (Roberts *et al.*, 2008).

Na **Tabela 4** encontra-se a representação de um estudo levado a cabo por Gastelurrutia *et al.*, de maneira que os números mencionados representam a proporção de importância e aplicabilidade, numa escala de 100 pontos.

Tabela 4 - Facilitadores dos praticantes e estrategistas, classificados pela importância (Imp. – Importância, App. – Aplicabilidade). Adaptado de: (Miguel a. Gastelurrutia et al., 2009).

	Facilitadores	Imp.	App.
1) Praticantes	Remuneração	91	40
	Mudanças nos currículos universitários	89	69
	Apoio jurídico	63	59
	<i>Marketing</i> de serviços cognitivos	63	81
	Organização e gestão de recursos	57	90
2) Estrategistas	Educação Clínica	89	8391
	Atitude dos Farmacêuticos	86	669
	Integração na equipa de cuidados primários	77	59
	Estrutura	74	84
	Reconhecimento social	71	59
	Remuneração	71	46
	Quadro legal mais favorável	66	57

Desta forma, há uma grande discrepância de opiniões entre os facilitadores enumerados pelos dois grupos. Este estudo mostra o quão diferente é a realidade de quem trabalha realmente na área (praticantes), pois mencionam que o facilitador mais importante seria a introdução da remuneração pelo serviço prestado. Por outro lado, o grupo de profissionais que não trabalha frequentemente na área (estrategistas) revela que o facilitador mais importante seria a educação clínica. Era assim patente a diferença de mentalidades e opiniões, que reforçam a ideia de que para se tentar implementar serviços clínicos, é necessário ajuda/recompensa monetária (Miguel a. Gastelurrutia et al., 2009).

1.4 - Identificação de Barreiras e possíveis estratégias de resolução (Facilitadores)

Num estudo efetuado por Armour *et al.*, analisaram-se as barreiras, contratempos e dificuldades que se encontram visíveis aquando da implementação de serviços, bem como as possíveis estratégias que poderiam facilitar e combater a difícil tarefa de implementação de SF. Assim sendo, inicialmente são identificadas as barreiras e posteriormente as estratégias (os chamados facilitadores) que potenciam a evolução e desenvolvimento deste paradigma (Armour, Brilliant, & Krass, 2007).

Identificaram quatro barreiras: 1) mentalidade (é frisado o fato dos farmacêuticos não terem confiança nas suas próprias capacidades, menosprezando a sua profissão. Há uma afirmação clara de que um trabalho de pesquisa e seguimento farmacoterapêutico não tornam o serviço economicamente viável, contudo não rejeitam que tal tem que ser visto como uma parte integrante do funcionamento das farmácias); 2) comunicação (referem que os farmacêuticos não estão sensibilizados; afirmam que há uma falha de comunicação e de apoio das entidades, argumentando que os métodos tradicionais de informação como revistas e publicações não são a mais-valia para as farmácias); 3) tempo, dinheiro e equipa técnica (os farmacêuticos sentem que o tempo despendido para realizar pesquisas é uma barreira, afirmando que deveriam ser apoiados financeiramente e que há, igualmente falta de apoio dos parceiros); 4) conhecimento/competências (a maioria dos farmacêuticos sentem que faltam algumas competências e/ou conhecimentos necessários para levar a cabo a área clínica, embora identifiquem diferentes áreas, como o recrutar pacientes, organizar o acompanhamento dentro da farmácia e técnicas específicas para determinados projetos de investigação) (Armour et al., 2007).

Desta forma, mencionaram igualmente as estratégias para resolver as barreiras mencionadas anteriormente - facilitadores: 1) mudança de mentalidade (há uma necessidade ímpar de mostrar aos farmacêuticos que a pesquisa tem que ser uma parte integrante da sua prática laboral, beneficiando diretamente a sua atividade); 2) melhoria de comunicação (permitirá criar uma consciência da pesquisa e promover resultados da mesma que devem passar por sessões de informação contínua, conferências e projetos de pesquisa de *design*, de maneira a aumentar o interesse significativo para os farmacêuticos. Deverá haver uma melhor comunicação ente os estudantes e profissionais, de maneira a fornecer um *feedback* sobre os resultados de pesquisas e projetos, para descrever e clarificar a melhor forma de aplicar os resultados na farmácia) (Armour et al., 2007).

Tal como representado na **Figura 4**.

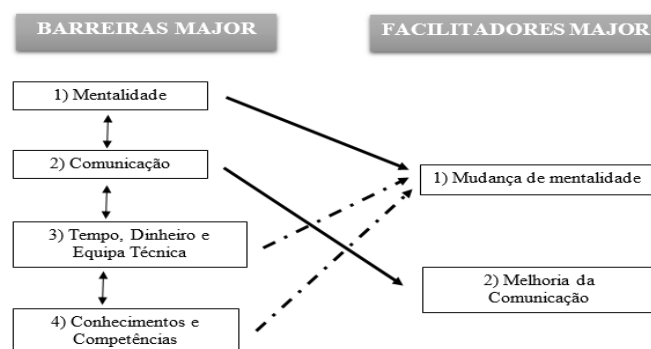


Figura 4 - Ilustração da superação de barreiras. Adaptado de:
(Armour et al., 2007).

Capítulo 2 – Objetivos

2.1 - Objetivo Principal

Identificar e analisar as principais barreiras e facilitadores à implementação de SF nas farmácias comunitárias portuguesas, tal como percecionados e experienciadas pelos farmacêuticos comunitários em atividade.

2.2 - Objetivos Específicos

1. Descrever a implementação de um serviço farmacêutico testado em 2014 (Projeto SOS *Pharma* Idoso).
2. Descrever as principais barreiras para a sua implementação.
3. Descrever os principais facilitadores para a sua implementação.
4. Comparar as diferenças antes e depois da implementação do Projeto SOS *Pharma* Idoso.
5. Sugerir as mudanças ao projeto e estruturas de apoio para uma maior facilidade na implementação futura de serviços com características idênticas.

Capítulo 3 – Materiais e Métodos

3.1 - Desenho de Estudo

O presente trabalho de investigação diz respeito a um estudo qualitativo na área da saúde.

Este tipo de estudo consiste numa procura constante do significado das “coisas” (manifestações, ocorrências, fatos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos), de modo a dar vida e estrutura à realidade do estudo. Aqui, em particular, no *setting* da saúde, o que tem maior interesse é a promoção e uma maior adesão dos pacientes e da população face aos SF; tudo isto, aprofundando os sentimentos, as ideias e os comportamentos de farmacêuticos (Turato, 2005).

É, desta forma, um método benéfico do ponto de vista do rigor da validade (*validity*) dos dados recolhidos, já que a observação dos farmacêuticos, por recorrer à escuta em profundidade nas entrevistas, leva o investigador tanto quanto possível à essência da questão em estudo. Assim, a generalização não é a dos resultados (matematicamente) obtidos, pois não se pauta em quantificações das ocorrências ou estabelecimento de relações causa-efeito (Günther, 2006).

Neste estudo, haverá uma ênfase do valor dos assuntos estudados, recorrendo a uma amostra de reduzida dimensão, quando comparada com estudos quantitativos, no qual se avaliará os assuntos, comportamentos e eventos com importância para o contexto do paradigma pelo qual esta dissertação se encontra intitulada. Pretende-se mostrar uma imagem holística da complexidade social das farmácias, com a atribuição de questões específicas, para uma compreensão detalhada; como tal, passa por um processo orientado, no qual existe uma flexibilidade associada (Guerreiro & Samuels, 2005).

3.2 – População

Com o objetivo de retratar as farmácias onde existiam serviços diferenciados, recorreu-se às farmácias convidadas a participar no Projeto SOS *Pharma* Idoso em 2014 (n=38). Na sequência da divulgação dos resultados do projeto de 2014, no ano de 2015, foram convidadas mais seis farmácias a participar. No âmbito da atual monografia, procedeu-se de igual forma, tendo-se assim contactado com a totalidade das farmácias envolvidas (n=44).

Das quarenta e quatro farmácias, trinta e cinco correspondiam à região denominada de Lisboa e Vale do Tejo, situando-se dezassete no distrito de Setúbal e dezasseis no distrito de Lisboa, quatro no distrito de Leiria, duas no de Santarém, duas em Beja e, por fim uma nos distritos de Portalegre, Coimbra e Aveiro.

Porém, é importante salientar que o presente trabalho de investigação tem por base uma amostra intencional, em que os participantes foram selecionados de acordo com o conhecimento que tinham de determinado tema.

A seleção destas farmácias surgiu no seguimento do projeto SOS *Pharma* Idoso, motivo que justifica a seleção das mesmas, pois no ano transato tinham sido convidadas a implementar um serviço, que consistia numa caixa dispensadora, conjuntamente com a revisão da medicação. Na altura, quinze aderiram ao projeto e implementaram-no nas respetivas farmácias, sendo que as restantes vinte e três não implementaram, alegando como motivos a falta ou não de justificação de tais SF e/ou inexperience do estagiário.

No âmbito deste estudo, as propostas para participação neste projeto foram enviadas, via carta, pelo correio do ISCSEM, às trinta e oito farmácias comunitárias convidadas a participar no ano transato, via *e-mail* para cinco farmácias e, por fim, uma foi convidada a participar presencialmente, todas elas localizadas em Portugal continental.

3.3 - Recolha da Informação

A recolha de informação foi feita preferencialmente de forma presencial. No entanto, tendo em conta o tempo de execução do projeto ser limitado, recorreu-se a outras duas técnicas de recolha de informação nas situações em que a farmácia era geograficamente distante do ISCSEM e/ou quando havia incompatibilidade de agendamento presencial. Nestas situações, a recolha de informação foi realizada via telefónica ou por *e-mail*.

3.4 – Amostra

Pretendia-se uma amostra exaustiva (n=44) selecionada intencionalmente, tendo-se definido que a inclusão de mais entrevistados cessaria no momento em que fosse atingida a saturação dos temas no decurso da análise.

Das 44 farmácias, apenas uma não recebeu a carta na qual eram convidadas a participar neste projeto (Anexo I) e quatro não quiseram participar no estudo,

declaradamente, justificando a falta de tempo como motivo. As restantes 25 não participaram por impossibilidade de contato após 5 tentativas em dias e horas diferentes.

Foi assim definida uma metodologia de contato e seguimento até se poder concluir que a farmácia não participaria: cartas enviadas às farmácias, 5 por *e-mail*, 1 presencialmente → 44 contatadas telefonicamente para confirmar receção da carta → 5 tentativas de contato para marcar data para entrevista presencial → 14 com sucesso no contato → (...), tal como exemplificado abaixo na **Figura 5**.

O estudo decorreu entre junho e outubro de 2015. As tentativas de contato telefónico com os farmacêuticos ocorreram duas no mês de junho, duas no mês de julho e uma no mês de setembro, perfazendo as cinco tentativas pré-definidas. A recolha de informação foi subdividida em diferentes fases, adiante explicitadas:

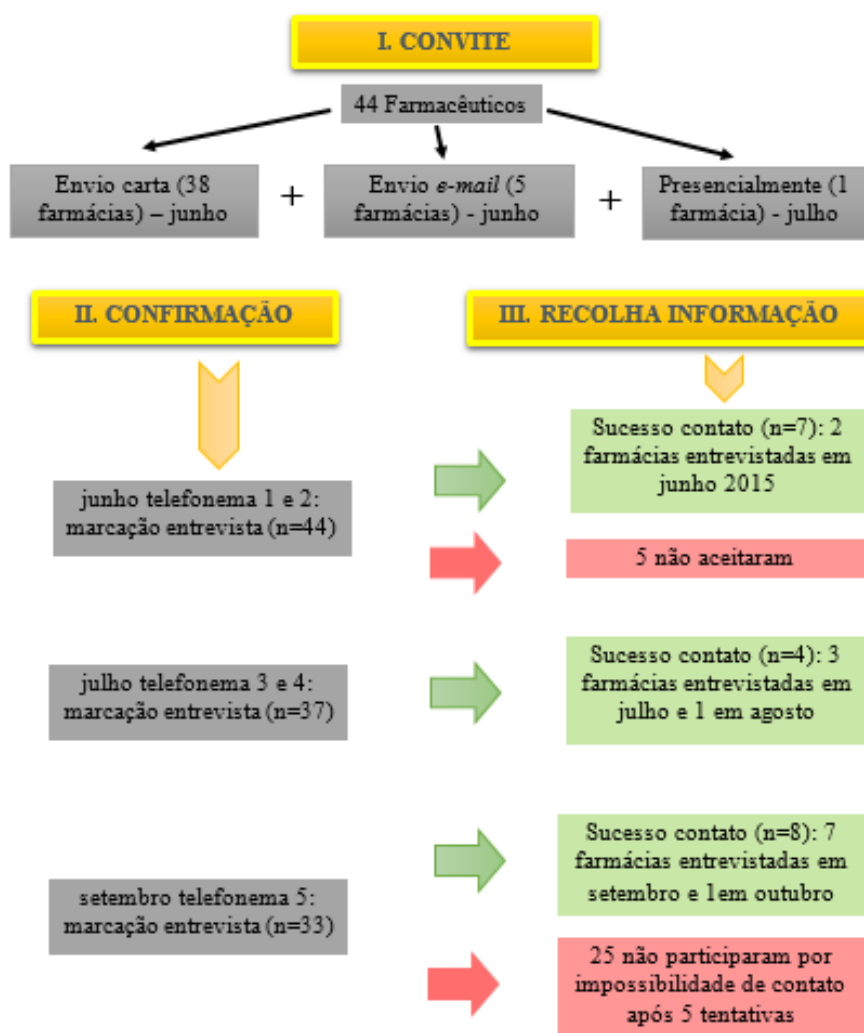


Figura 5 – Representação esquemática da Amostra em estudo.

3.5 - Forma de recolha da informação

O processo de recolha da informação foi efetuado através de um questionário semi-estruturado e previamente elaborado, que consistia em oito perguntas abertas e uma adicional para as farmácias que haviam recrutado doentes em 2014. Focavam-se na apreciação, interesse, exequibilidade e possíveis alterações futuras ao projeto, identificação das barreiras e facilitadores à implementação dos serviços, bem como a importância e patologias mais importantes para os serviços cognitivos. Recorreu-se ainda a estímulos, quando necessário, para incitar os farmacêuticos a aprofundarem os temas.

As questões eram as seguintes:

1. Há cerca de 1 ano e meio contatámo-lo(a) convidando-o(a) a participar no Projeto SOS Pharma Idoso. Qual foi a sua primeira impressão acerca do projeto, no que respeita ao seu interesse e exequibilidade?

2. Quais os principais aspetos que determinaram a sua decisão por participar ou não no projeto?

3. Têm sido referidas na literatura algumas barreiras importantes à implementação de serviços farmacêuticos avançados em farmácia comunitária, nomeadamente a falta de tempo, a falta de colaboração com os médicos, a falta de remuneração, a falta de preparação clínica dos farmacêuticos, até mesmo o próprio espaço físico da farmácia.... Algumas destas, são também referidas como facilitadores da implementação quando estão presentes. Considera que alguma delas é aplicável ao seu caso?

4. Acha que existiriam alterações no projeto ou na conjuntura nacional que poderiam ser determinantes para alterar a sua decisão? Se sim, quais?

5. Como sabe, há cerca de um ano foi assinado um protocolo de colaboração entre o Ministério da Saúde e a ANF em que foram identificadas áreas prioritárias de intervenção no âmbito da saúde pública. Uma delas é a adesão à terapêutica, a qual não foi ainda alvo de regulamentação específica. Considera que um serviço com as características do que lhe propusemos (caixas dispensadoras + revisão da medicação) poderia ser um caminho a seguir?

5.1. E caso este serviço fosse direcionado para uma patologia específica, como por exemplo a diabetes, considera que tal facilitaria ou dificultaria a implementação?

6. Gostaria de fazer alguma sugestão adicional?

7. Atualmente, continua a conseguir seguir os doentes que recrutou no âmbito do Projeto SOS Pharma Idoso?

- Se não, qual aponta como motivo para tal ter acontecido?
- Se sim, pode contar-nos um pouco a sua experiência com este serviço?

Ao longo das diversas entrevistas efetuadas, fizeram-se tentativas para estimular e incentivar os farmacêuticos a responderem o mais detalhadamente possível, de modo a exemplificarem e retratarem toda a experiência que têm acerca de serviços cognitivos. Foram usadas expressões como: “Qual o balanço?”, “Qual o *feedback* que tem tido dos doentes?”, “Tem ideia do tempo médio que demora a preparar uma caixa semanal?”, “E do tempo que demora a rever a medicação?”, entre outras.

3.6 – Transcrição

Das farmácias recrutadas, tal como já mencionado, a duas foram feitas entrevistas presenciais, localizadas ambas no distrito de Lisboa e realizadas no mesmo dia, dada a proximidade geográfica das mesmas. Cinco entrevistas foram efetuadas via telefónica com gravação previamente autorizada, pertencendo três ao distrito de Setúbal e uma ao de Portalegre e de Leiria.

E, por fim, a via predominante de recolha de entrevistas foi *e-mail*, por ser, a forma que os farmacêuticos consideravam ocupar-lhes menos tempo laboral, podendo assim, responder com calma e numa altura conveniente. Localizavam-se três no distrito de Santarém, uma no de Lisboa, um em Setúbal, uma em Beja e, por fim, outra em Aveiro.

Para as entrevistas realizadas via *e-mail*, as respostas foram escritas pelos farmacêuticos, utilizando o software *Microsoft Office Word*® 2013.

No processo de recolha de informação presencial e via telefónica, foi previamente solicitado aos farmacêuticos que a entrevista fosse gravada. Das 6 entrevistas realizadas desta forma, 5 acederam em ser gravadas, tendo apenas um recusado a gravação. Nesta entrevista, recorreu-se a notas detalhadas retiradas pelo entrevistador no decurso da mesma. A transcrição do material verbal foi o mais detalhada possível, recorrendo à transcrição literal das entrevistas gravadas, sendo que nas presenciais, assinalaram-se ainda, inclusão de sinais, indicando entoações, sotaques, regionalismos e “erros” de fala. Este tipo de transcrição é classificado como o mais completo, mais informativo e, também, o mais caro em termos de tempo – transcrição *verbatim*.

Desta forma, a análise dos dados foi feita separadamente para cada farmácia, utilizando igualmente o *Microsoft Office Word® 2013*, de modo a garantir o anonimato das farmácias, que foram numeradas de **A** a **O**, mantendo igualmente a preservação da identidade dos participantes em estudo.

3.7 – Análise

Os dados recolhidos foram transcritos *verbatim* e analisados tematicamente recorrendo a análise de conteúdo. Os dados são apresentados recorrendo a transcrições que ilustram cada um dos códigos emergentes.

3.8 - Ética e Confidencialidade

Todos os dados recolhidos serviram para a realização do estudo e são confidenciais, nunca sendo revelado a identificação e/ou localização específica das farmácias que compõem a amostra, bem como a identificação do colaborador da farmácia.

Este estudo vem no seguimento do Projeto *SOS Pharma Idoso*, que foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade de Évora em outubro de 2014 (Anexo II).

Capítulo 4 – Resultados e Discussão

4.1 - Caraterização dos Entrevistados

Tabela 5 – Caraterísticas dos Farmacêuticos e Farmácias entrevistadas.

Farmacêutico	Sexo	Idade	Farmácia	Distrito	Movimento (nº médio de vendas diárias)	Empregadores (nº Farmacêuticos/total de “trabalhadores ao balcão”)	Doentes recrutados em	
							2014	2015
A	F	26	Urbana	Santarém	Médio	6F/11T	3	1
B	F	41	Urbana	Setúbal	Médio	6F/6T	2	0
C	F	32	Urbana	Lisboa	Médio	4F/9T	4	2
D	F	45	Urbana	Lisboa	Médio	3F/6T	2	0
E	F	44	Rural	Portalegre	Baixo	2F/6T	7	2
F	F	---	Urbana	Lisboa	---	---	4	4
G	F	39	Urbana	Setúbal	Médio	9F/12T	Farmácia extra	
H	F	38	Urbana	Setúbal	Médio	3F/5T	2	2
I	F	53	Urbana	Santarém	Médio	2F/8T	Não recrutou	
J	M	---	Urbana	Setúbal	Médio	4F/4T (+3 estagiários)	Não recrutou	
L	F	33	Rural	Beja	Alto (Verão) Baixo (Inverno)	2F/5T	Farmácia extra	
M	F	60	Rural	Santarém	Alto	4F/12T	Não recrutou	
N	M	40	Rural	Leiria	Médio	3F/4T	Farmácia extra	
O	F	23	Urbana	Aveiro	Alto	7F/7T	Farmácia extra ¹	
							4	0

¹ A farmacêutica, embora não pertencesse ao grupo inicial de farmácias convidadas a participar no Projeto SOS *Pharma* Idosos em 2014, foi convidada a participar a 15 de Abril de 2015.

Ao analisar a **Tabela 5** há, sem dúvida, uma grande predominância de farmacêuticos do sexo feminino, pois no total da amostra, apenas existiam dois do sexo masculino, o que corresponde a uma percentagem de farmacêuticos do sexo feminino de 85,71%.

Embora estes dados não se possam generalizar, por se tratar de uma amostra bastante reduzida, vão de encontro aos dados disponibilizados pela Ordem dos Farmacêuticos (OF), que registava 79% de mulheres inscritas na Ordem a 1 de janeiro de 2015. Vão, igualmente de encontro, com os dados disponibilizados pela PORDATA para os diplomados na área da saúde por sexo. Em 2013 existiam 10168 diplomados do sexo feminino e 3039 do sexo masculino, o que correspondia a uma percentagem de diplomados do sexo feminino de 76,98% (Souza, 2013a) (Souza, 2013b).

Os farmacêuticos apresentavam uma média de idades de 39,5 anos, contudo segundo a OF a classe etária mais prevalente de farmacêuticos em Portugal corresponde aos farmacêuticos com idade inferior a 35 anos.

Quanto ao tipo de farmácia, a amostra continha 4 farmácias rurais e 10 farmácias urbanas, o que em parte se justifica pelo fato do ISCSEM se encontrar numa zona envolvente denominada urbana, região de Lisboa e Vale do Tejo. Isto explica o fato de apenas duas farmácias das que inicialmente faziam parte do projeto (**E** e **M**) serem farmácias rurais, pois estas tratavam-se de farmácias nas quais no ano transato os estudantes do MICF fizeram o seu estágio curricular de farmácia comunitária. Contudo, estas duas farmácias distanciavam-se mais e encontravam-se em zonas rurais, por uma opção de escolha, em 2014, dos estudantes. As outras duas farmácias rurais eram a (**L** e **N**), que foram selecionadas meramente por uma razão de conveniência, tal como já explicado anteriormente.

Quanto ao número médio de vendas diárias das farmácias, a classificação foi feita da seguinte forma: 1) baixo movimento - <150 vendas diárias; 2) movimento médio - 150-250 vendas diárias e 3) movimento alto - >250 vendas diárias. As farmácias registaram um número médio de atendimentos totais (com e sem receita médica) de 197 vendas diárias. De salientar, ainda, que a farmacêutica **L**, apesar de se enquadrar numa farmácia rural e pertencer ao distrito de Beja, mencionou a diferença entre fluxo de vendas nos meses ditos balneares (252 vendas diárias) para 123 vendas diárias nos restantes meses.

O número médio de farmacêuticos por farmácia foi um fator bastante interessante, na medida em que se identificaram 4,2 farmacêuticos por farmácia, um número que vai

de encontro ao estudo realizado por Hughes *et al.*, que menciona que em países como a Dinamarca, Alemanha, Suíça e Portugal existem, pelo menos dois ou mais farmacêuticos a tempo inteiro (Hughes *et al.*, 2010).

Quanto às farmácias que recrutaram doentes em 2014, atualmente a farmácia **A**, que tinha recrutado 3 doentes, atualmente continua a seguir apenas um, pois um deixou de ser seguido por razões financeiras e o outro doente faleceu.

A farmacêutica **B**, atualmente não segue nenhum doente e afirma terem existido uma panóplia de fatores como o desinteresse da estagiária, que inicialmente executou o processo. Afirma que o recrutamento também não foi realizado da melhor forma, admitindo que tal foi erro seu, pois no momento do recrutamento encontrava-se ausente da farmácia e não colaborou nem incentivou a estagiária de modo a que esta se sentisse atraída pelo projeto.

Na farmácia **C**, que inicialmente recrutou quatro doentes, desistiram dois por razões económicas.

A farmacêutica **D**, apesar de ter recrutado dois doentes em 2014, recrutou-os, apenas para revisão da terapêutica, enquanto a estagiária se manteve na farmácia, pois afirma não ter tempo nem pessoal técnico suficiente para executar a tarefa de PIM. Executa sempre na sua farmácia pela altura do Natal a tarefa da revisão da medicação, onde durante uma semana, toda a equipa técnica, se encontra focada em determinado serviço, afirmando que é uma semana, bastante valorizada quer pelos doentes, quer pelos farmacêuticos. Diz não podê-lo fazer mais vezes, embora o desejasse, devido às limitações que tem na equipa técnica.

A farmacêutica **E** continua a seguir dois dos doentes que recrutou em 2014, afirmando continuar a gostar imenso do serviço, os doentes continuaram a dirigirem-se semanalmente à farmácia. Uma das doentes era diabética e apresentava valores de glicémia completamente alterados, contudo atualmente tal não se verifica. Explicou que o *Sifarma* é uma enorme mais-valia, onde regista todas as monitorizações semanalmente. De salientar que em 2014, no início do processo, esta farmácia começou por recrutar um número bem mais elevado de doentes, mas acabou por não conseguir levar o processo até ao fim, daí atualmente apenas seguir dois doentes.

A farmacêutica **F** não foi muito clara neste assunto, mencionando que continua a seguir os mesmos doentes e que este é um processo que permite “verificar maior adesão à terapêutica e fidelização do doente à farmácia”.

A farmacêutica **H** que no início recrutou dois doentes, continua a segui-los, sendo que atualmente tem sete doentes (os dois recrutados inicialmente pelo estagiário e cinco adicionais). Esta foi a única farmácia, que afirmou ir semanalmente a casa entregar a PIM. De salientar que esta farmácia pertence a um grupo de farmácias, que tem enraizado na sua farmácia a implementação destes serviços, daí a maior facilidade ou vocação para seguir doentes. Contudo, a farmacêutica fez uma crítica “Acho que a nível do projeto a caixa continua a ter 4 divisórias por dia. Devia conseguir-se optar pelas cinco e só mesmo quem trata disto é que consegue perceber a falha que existe. Muitos têm o jejum e isso faz muita diferença, pois não se podem juntar as medicações do jejum com as do pequeno-almoço, por exemplo. Faz toda a diferença”.

Por fim, a farmacêutica **O** que começou o projeto com quatro doentes recrutados, afirma que os mesmos atualmente não se mantém, infelizmente, por falta de predisposição dos doentes para pagarem tais serviços. A farmacêutica lamentou a situação, por esta ser uma farmácia com bastantes recursos e serviços, mas que pelo fato deste serviço não ter tido boa aceitação pelo público-alvo, foi retirado da oferta de serviços que a farmácia disponibiliza.

4.2 - Barreiras

4.2.1 - Falta de tempo

Os farmacêuticos afirmam das mais variadas formas que a falta de tempo é considerada como uma das principais barreiras para a implementação de SF avançados. Sentem que para conseguirem executar tal atividade, necessitariam de um tempo-extra na farmácia, que embora incluído no seu tempo laboral, se pudessem ausentar do “atendimento ao balcão”, para se centrarem na pesquisa, enriquecimento e execução das práticas de serviços avançados.

Tal é comprovado pelas citações seguintes:

C: “Saliento como principal barreira a falta de tempo; isto implica uma preparação adicional do farmacêutico...Um grande esforço e, muitas vezes acabava por ser feito fora do horário de trabalho...Sugiro uma maior reorganização na farmácia a nível temporal, para o farmacêutico poder fazer tal dispensa e tal serviço” (Sexo feminino, 32 anos, farmácia urbana, movimento médio).

D: “Nós, para os executarmos, acabamos por ter que ter a tal disponibilidade que não existe” (Sexo feminino, 45 anos, farmácia urbana, movimento médio).

I: “Sim, o pagamento do ato farmacêutico por exemplo, (...) pois o dispêndio de tempo neste serviço é considerável” (Sexo feminino, 53 anos, farmácia urbana, movimento médio).

J: “...projeto (...) que implica o grande dispêndio de tempo” (Sexo masculino, idade não revelada, farmácia urbana, movimento médio).

L: “Sim, principalmente a falta de tempo aliada à falta de farmacêuticos com preparação clínica” (Sexo feminino, 33 anos, farmácia rural, movimento médio).

M: “...poderia considerar como barreira à implementação de serviços avançados a falta de tempo” (Sexo feminino, 60 anos, farmácia rural, movimento alto).

Afirmam, ainda, que tal barreira poderia ser ultrapassada, com um maior empenho, dedicação e disponibilidade ao balcão; precisam de um atendimento mais diversificado, no qual pudessem explicar e incentivar tais serviços aos doentes. Ao afirmarem a escassez de tempo que existe nas farmácias, alegando que despender minutos extra, muitas vezes, neste tipo de conversas, não está ao alcance da maioria das farmácias em Portugal.

Tal é comprovado pelas citações seguintes:

A: “Suscitou alguma dúvida inicialmente, relativamente à sua exequibilidade pelo fato de requerer tempo, disponibilidade quase exclusiva para este fim e, principalmente pelo fato de que tudo passaria numa fase inicial por conquistar a atenção do doente” (Sexo feminino, 26 anos, farmácia urbana, movimento médio).

D: “É o que eu lhe digo (...), tem que haver alguém com a disponibilidade necessária para receber a pessoa... Muitas vezes, essa disponibilidade não existe porque a equipa é tão pequena que praticamente o tempo só chega para satisfazer as necessidades que há a título de balcão e do público... Penso que o ponto fulcral é mesmo a falta de tempo que às vezes existe em termos de equipa e gestão dos recursos humanos para disponibilizar à pessoa” (Sexo feminino, 45 anos, farmácia urbana, movimento médio).

4.2.2 - Falta de colaboração com os médicos

Uma grande parte da comunidade-médica, infelizmente, ainda não vê com bons olhos, este novo papel dos farmacêuticos. Alguns médicos sentem que poderão ver as suas capacidades comprometidas, quando se tenta implementar um serviço de acompanhamento do farmacêutico para com o seu doente. Esta é uma barreira que facilmente poderá ser transponível, pois o farmacêutico não substitui o médico e vice-versa. Ambos são fundamentais para um completo acompanhamento do doente. Realidade que começa a existir, mas que ainda apresenta muitas lacunas.

Tal é comprovado pelas citações seguintes:

E: “Quanto a nós, especificamente aqui na farmácia o mais complicado é a relação farmácia-médico, porque os médicos ainda não estão muito preparados para isto... Nós aqui essa relação não existe muito, se calhar quase nada e eu acho que isso é um entrave muito grande” (Sexo feminino, 44 anos, farmácia rural, movimento baixo).

I: “...a falta de colaboração com os médicos que não vêm com bons olhos a nossa intervenção” (Sexo feminino, 53 anos, farmácia urbana, movimento médio).

4.2.3 – Remuneração

4.2.3.1 – Falta de remuneração

Muitos farmacêuticos mostraram-se desmotivados e indicam que o pagamento pela prestação de um serviço é inúmeras vezes uma grande barreira. Afirmam, que frequentemente, até conseguem passar a mensagem da importância de um serviço diferenciado e de um acompanhamento mais diversificado para com os doentes, contudo tal “muda de figura”, quando os doentes são informados de que a implementação deste serviço terá um custo, que, na maioria das vezes, corresponde a um pagamento semanal.

Tal é comprovado pelas citações seguintes:

A: “Culminando no efetivo ato de preparação da medicação, não sendo um ato farmacêutico reconhecido e por isso não devidamente remunerado, acaba por ser, de certa forma, desmotivante” (Sexo feminino, 26 anos, farmácia urbana, movimento médio).

B: “O grande problema é a remuneração; é assim quando há remuneração, quando a remuneração é boa, tudo se consegue (ri-se), o dinheiro é que manda no mundo! Infelizmente... mas é mesmo assim. (...) Eu já fiz CF e esta não é a minha primeira

experiência, logo esta é a principal ou a grande barreira” (Sexo feminino, 41anos, farmácia urbana, movimento médio).

C: “Contudo, quando se tenta passar a informação de que o serviço é pago, a aceitação pelo serviço, torna-se mais complicada” (Sexo feminino, 32 anos, farmácia urbana, movimento médio).

D: “Fazer um acompanhamento de mais de perto, pois isso não é feito com a regularidade que gostaria e que seria desejável, tanto para nós como para os nossos doentes. Lá está, eu acho que passa tudo pelo fato de não serem serviços remunerados...” (Sexo feminino, 45 anos, farmácia urbana, movimento médio).

I: “Sim, o pagamento do ato farmacêutico por exemplo, pois o dispêndio de tempo neste serviço é considerável” (Sexo feminino, 53 anos, farmácia urbana, movimento médio).

J: “Ninguém (...) está para perder tempo com estes serviços, se não vai ser remunerado por tal tarefa...” (Sexo masculino, idade não revelada, farmácia urbana, movimento médio).

N: “...na nossa conjuntura atual da farmácia comunitária não termos retribuição sobre esse serviço é uma coisa importante... Se for exigido uma dupla conferência, porque a pessoa está a dispor a medicação, tem que ter a certeza se é para o doente A, B ou C e que está a meter nas doses e na distribuição devida, por isso, tem que se pagar um custo para isso...” (Sexo masculino, 40 anos, farmácia rural, movimento médio).

O: “...é a falta de remuneração pelo mesmo... (Sexo feminino, 23 anos, farmácia urbana, movimento alto).

Existe ainda outra realidade, o fato de vários idosos, por serem, o público-alvo destes serviços, não possuírem, nem reunirem condições financeiras para usufruírem de determinados serviços, embora estes o afirmem, que seriam uma enorme mais-valia, contudo os seus rendimentos, não o permitem.

Tal é comprovado pelas citações seguintes:

D: “...fazer um acompanhamento de mais de perto, pois isso não é feito com a regularidade que gostaria e que seria desejável (...) se fosse uma remuneração

relativamente pequena, que não fosse excessiva para o utente pagar...” (Sexo feminino, 45 anos, farmácia urbana, movimento médio).

E: “Nós só agora é que começámos a cobrar serviços, que sempre cobrámos gratuitamente e o fato de estar a cobrar alguns serviços é muitas vezes impedimento para as pessoas, porque as pessoas sempre estiveram habituadas a que os serviços na farmácia fossem serviços gratuitos... Nós já temos o serviço da preparação individualizada da medicação, mas as pessoas não aderem muito, porque lá está, o serviço é pago. Achem que o serviço não devia ser pago!!” (Sexo feminino, 44 anos, farmácia rural, movimento baixo).

O: “É pertinente avaliar se o potencial beneficiário está disposto para pagar, devendo esta avaliação ser uma etapa prévia a qualquer decisão de introdução de um novo produto ou serviço... Dos meus quatro doentes, apenas um estava disposto a pagar pelo serviço...” (Sexo feminino, 23 anos, farmácia urbana, movimento alto).

4.2.3.2 - Conjuntura atual das farmácias

A realidade que se vive no setor farmacêutico é dura, pois cada vez existem menos projetos sólidos e mais instáveis, com uma diminuição no número de funcionários. Há um aumento das exigências por parte das entidades empregadoras e a redução dos vencimentos de muitos farmacêuticos, faz com que a implementação de serviços se apresente como uma dificuldade acrescida para os mesmos.

Tal é comprovado pelas citações seguintes:

D: “...a falta de tempo, as equipas estarem extremamente reduzidas, porque não dá para ter equipas muito grandes neste momento. O fator económico aqui pesa, a redução de custos que, hoje em dia, existe em todas as farmácias de uma forma geral... Muitas vezes, essa disponibilidade não existe porque a equipa é tão pequena que praticamente o tempo só chega para satisfazer as necessidades que há a título de balcão e do público” (Sexo feminino, 45 anos, farmácia urbana, movimento médio).

E: “Nós acompanharmos os nossos utentes como deve de ser... embora em termos de recursos humanos é complicado... portanto em termos de recursos humanos, numa farmácia pequena ter às vezes mais um farmacêutico já é complicado ...só que... as coisas não estão bem e por isso mesmo não se consegue... financeiramente... teria que colocar mais um farmacêutico, mas para isto correr bem teriam que ser sempre três farmacêuticos

na farmácia, em vez de dois...” Sexo feminino, 44 anos, farmácia rural, movimento baixo).

I: “...e, logo a falta de tempo e de pessoal qualificado, pois só tenho uma adjunta farmacêutica” (Sexo feminino, 53 anos, farmácia urbana, movimento médio).

M: “...e a falta de colaboradores disponíveis para desempenhar esta tarefa” (Sexo feminino, 60 anos, farmácia rural, movimento alto).

N: “...a remuneração hoje em dia é uma coisa muito importante, porque as farmácias estão a trabalhar com margens muito, muito pequenas e têm de reduzir muitos custos” (Sexo masculino, 40 anos, farmácia rural, movimento médio).

A conjuntura atual das farmácias contribuiu para o setor esteja assente numa realidade focada no negócio, no aumento de vendas e rentabilidade para as mesmas; em detrimento do seguimento dos doentes, oferta de serviços e valorização do papel dos farmacêuticos.

Tal é comprovado pelas citações seguintes:

G: “Para se conseguir uma total disseminação, penso que se deve adaptar a infraestrutura da farmácia (dar mais protagonismo ao profissional e aos serviços e menos aos produtos)” (Sexo feminino, 39 anos, farmácia urbana, movimento médio).

N: “Eu julgo que os doentes não percebem e o custo de manobra é o mais difícil de diminuir, pois se eu de manhã conseguir fazer cem atendimentos, humanamente não vou conseguir mil, não vou conseguir pôr uma máquina a fazer mil atendimentos, (...) porque humanamente não é possível” (Sexo masculino, 40 anos, farmácia rural, movimento médio).

4.2.4 - Falta de preparação clínica dos farmacêuticos

Os farmacêuticos salientam que sentem uma preparação a nível clínica com algumas falhas, fazendo com que isso seja uma barreira para fazerem o acompanhamento clínico dos doentes. Admitem necessitarem de uma preparação mais especializada e de um maior treino, para que se sintam aptos a acompanhar os doentes e a implementarem os serviços.

Tal é comprovado pelas citações seguintes:

G: “...dar formação ao farmacêutico na componente clínica do acompanhamento, proporcionar ferramentas que possibilitem a implementação do serviço e subsequente registo das intervenções” (Sexo feminino, 39 anos, farmácia urbana, movimento médio).

I: “...falta de preparação clínica que exige uma maior preparação... Obriga a um quadro de pessoal mais qualificado e sensível à necessidade do mesmo... Sim, principalmente a falta de tempo aliada à falta de farmacêuticos com preparação clínica” (Sexo feminino, 53 anos, farmácia urbana, movimento médio).

N: “...porque na implementação de alguns serviços farmacêuticos necessitam de conhecimentos teóricos que o farmacêutico ou a farmácia podem não ter... (...) é a falta de conhecimento clínico ou farmacológico, que alguns farmacêuticos possam ter, alguns projetos de CF avançados que não podem ser aplicados por uma equipa de uma farmácia, por não ter aquele conhecimento” (Sexo masculino, 40 anos, farmácia rural, movimento médio).

Há, ainda farmacêuticos que possuem capacidades para tal, mas que precisam de verificar e intensificarem as suas competências, para que o serviço possa ser implementado com sucesso e não se sintam constrangidos quando executam tal tarefa.

Tal é comprovado pelas citações seguintes:

C: “...pois o farmacêutico encontra-se habilitado para tais serviços, mas requer provavelmente uma revisão na literatura a nível da farmacologia, como da farmacoterapia” (Sexo feminino, 32 anos, farmácia urbana, movimento médio).

N: “vai ter que ter um segundo técnico a conferir o trabalho do primeiro, para haver uma dupla conferência do trabalho e, depois disso, tem um custo” (Sexo masculino, 40 anos, farmácia rural, movimento médio).

4.2.5 – Falta de motivação

Para que os farmacêuticos se sintam aptos a serem especialistas em serviços clínicos, precisam inicialmente de se sentirem motivados e que o desempenho de tal atividade os realize enquanto profissionais dinâmicos e especialistas do medicamento. Esta barreira pode, sem dúvida, ser minimizada com uma mudança interior dos profissionais, de forma a terem novos ideais e competências, mais adequadas à conjuntura

atual. O farmacêutico necessita, aliás, de uma maior valorização, enquanto profissional qualificado e especialista do medicamento.

Tal é comprovado pelas citações seguintes:

B: “Olhe, aconteceu que a estagiária que estava ocupada disso desmotivou-se um bocadinho ao longo do projeto, não deu continuidade, nem deixou as coisas progredirem, de forma a, que corressem bem” (Sexo feminino, 41anos, farmácia urbana, movimento médio).

G: “A principal barreira prende-se precisamente com o farmacêutico em si (sendo que neste aspeto tanto a postura do proprietário como dos vários elementos da equipa farmacêutica são igualmente importantes)” (Sexo feminino, 39 anos, farmácia urbana, movimento médio).

N: “...estamos a pensar que o nosso contributo é muito importante, quando ele não será assim tão importante, veja que a sociedade não nos reconheceu importância assim tão grande a que levou que um conjunto de medicamentos sejam vendidos fora da supervisão de um farmacêutico” (Sexo masculino, 40 anos, farmácia rural, movimento médio).

4.2.6 – Falta de apoio das entidades

4.2.6.1 - Divulgação

Apesar de atualmente, a população estar cada vez mais informada, devido a uma maior divulgação de informação junto dos doentes, a uma modernização das fontes de informação, facilitada por um simples clique informático, continua a existir uma grande falta de informação dos doentes. Embora, muitos dos idosos não reúnam ainda estas facilidades, são doentes mais informados, até pela própria televisão, que é a companhia diária de muitos. Infelizmente, alguns não aceitam certos serviços por se acharem muito conscientes das suas próprias patologias; contudo, existe uma falta e troca de informação maior, da que seria desejável.

Tal é comprovado pelas citações seguintes:

D: “...porque mesmo sendo uma população esclarecida com a presença mais massiva agora dos genéricos, isso às vezes é uma fonte de troca para as pessoas mais idosas” (Sexo feminino, 45 anos, farmácia urbana, movimento médio).

H: “A maior barreira é ainda o psicológico do idoso... A pessoa achar que ainda consegue tratar da medicação, mesmo que erre constantemente considera que ainda é capaz... É difícil explicar ao idoso que deixou de ser auto-suficiente a esse nível, só quando a família intervém e acaba por se impor é que o idoso tende a ceder” (Sexo feminino, 38 anos, farmácia urbana, movimento médio).

O: “Uma das maiores dificuldades com que me deparei durante o estudo, foi o recrutamento de doentes, convidei 10 doentes a participar no estudo, mas apenas 4 aceitaram... Existe uma fraca perceção de utilidade ou de necessidade deste serviço pelos doentes. É exemplo da sensação de perda da sua independência, ou mesmo por receio da alteração da sua rotina, que poderá estar intimamente relacionado com a faixa etária em questão” (Sexo feminino, 23 anos, farmácia urbana, movimento alto).

4.2.6.2 – Ausência de cursos/formações

A quase inexistência de formações, especializações e cursos práticos em Portugal, para a vertente clínica do farmacêutico, é vista como uma barreira. Trata-se de uma realidade diferente em comparação com outros países europeus.

Tal é comprovado pela citação seguinte:

G: “...proporcionar ocasiões para que os profissionais que desenvolvam os serviços partilhem entre eles as suas experiências” (Sexo feminino, 39 anos, farmácia urbana, movimento médio).

4.2.7 – Envolvimento dos estudantes na implementação dos serviços

Há uma necessidade, cada vez mais vinculada, de estimular e incentivar os farmacêuticos recentemente formados, incutindo-lhes responsabilidades mais dinâmicas, investindo em formações clínicas e encontros para debater tais assuntos. Isto conduzirá a uma maior motivação e estimulação entre profissionais com maior e menor experiência, sendo benéfico para ambos.

Tal é comprovado pelas citações seguintes:

A: “Pedindo-lhe inclusivamente para que a sua medicação habitual fosse deixada a cargo de um estudante do MICF praticamente desconhecido” (Sexo feminino, 26 anos, farmácia urbana, movimento médio).

B: “Acho que há alguma imaturidade por parte da estagiária” (Sexo feminino, 41anos, farmácia urbana, movimento médio).

4.3 - Facilitadores

4.3.1 - Valorização profissional

A implementação de SF, em primeiro plano, beneficia o doente a 100%, contudo não é apenas o doente que beneficia desta atividade. O farmacêutico clínico enriquece em todos os sentidos com esta atividade, pois há uma valorização dos seus conhecimentos e competências. É raro verificar-se o contrário, todos assumem que é o caminho para o qual a farmácia comunitária, ainda que lentamente deverá evoluir. Há, sem dúvida, uma valorização da sua profissão, carreira e carteira profissional.

Tal é comprovado pelas citações seguintes:

A: “A vontade de dinamizar a atividade no seio da comunidade, valorizando os farmacêuticos de farmácia comunitária... Relativamente à vertente clínica, acredito que o farmacêutico, apesar de não estar dotado de todas as capacidades de avaliação clínica e de diagnóstico, é perfeitamente capacitado para tecer uma opinião respeitante à anamnese do utente” (Sexo feminino, 26 anos, farmácia urbana, movimento médio).

B: “Nós adquirimos mais conhecimentos ao trabalhar com este tipo de projetos” (Sexo feminino, 41 anos, farmácia urbana, movimento médio).

C: “Este é um serviço gratificante para os profissionais de saúde... É um caminho a seguir, que permite que o farmacêutico intervenha na saúde e gestão da doença” (Sexo feminino, 32 anos, farmácia urbana, movimento médio).

D: “...portanto, para já temos aqui pessoas habilitadas a prestá-los... Os farmacêuticos têm bons conhecimentos sobre a medicação e, de certa forma, que podem distinguir-se de outros locais em que já se vende inclusive medicamentos de venda livre” (Sexo feminino, 45 anos, farmácia urbana, movimento médio).

G: “Os farmacêuticos vão adquirindo cada vez mais competências, com a experiência e a vontade que têm de se manter atualizados” (Sexo feminino, 39 anos, farmácia urbana, movimento médio).

O: “...realçando o reconhecimento da profissão” (Sexo feminino, 23 anos, farmácia urbana, movimento alto).

Para além de toda a valorização da profissão farmacêutica, as farmácias enriquecem e são valorizadas por terem ou começarem a implementar serviços cognitivos. Começam a ser um espaço de referência, no qual o doente sabe que pode contar e deslocar-se sempre que necessário. Os farmacêuticos afirmam que a longo prazo esta deveria ser a imagem de marca das farmácias, um espaço direcionado para os serviços, com a vertente clínica, de modo a tentar fidelizá-los.

Tal é comprovado pelas citações seguintes:

D: “É necessário, então, tornar o nosso estabelecimento o mais diferente possível! Aqui as pessoas encontram outro tipo de serviços, nomeadamente, não só os testes bioquímicos que a maioria das farmácias faz, mas também alguns serviços mais específicos... Nós aqui como fazemos diariamente os testes bioquímicos também aproveitamos essas situações (...) para conversar e perceber se a pessoa está a fazer a medicação bem! As pessoas deviam até perceber que havia a possibilidade de virem à farmácia sempre que achassem necessário para esclarecerem alguma dúvida que tivessem” (Sexo feminino, 45 anos, farmácia urbana, movimento médio).

F: “Verificamos maior adesão à terapêutica e fidelização do utente à farmácia!” (Sexo feminino, idade não definida, farmácia urbana, movimento não definido).

L: “Para além da dispensa da medicação, sugeria para o futuro que a farmácia comunitária se direcionasse para as áreas referidas (...) e na alteração do espaço físico da farmácia.” (Sexo feminino, 33 anos, farmácia rural, movimento médio).

4.3.2 - Mais-valia para os doentes

Com a implementação dos SF, há diretamente uma enorme mais-valia para os doentes. Desta forma, os doentes veem as suas patologias melhoradas, com um acompanhamento mais direto e seguimento dos valores bioquímicos. Beneficiam, diretamente, de uma melhoria do seu estado de saúde, evitando que haja duplicações da medicação, problemas relacionados com a mesma e omissão de certos fármacos.

Tal é comprovado pelas citações seguintes:

B: “...era uma coisa que seria bastante útil para os doentes... Se for uma pessoa que precise ou uma pessoa que tenha poucas ajudas...” (Sexo feminino, 41 anos, farmácia urbana, movimento médio).

C: “(...) o que torna tudo muito mais benéfico e, claro uma melhora direta na saúde pública.. Na nossa farmácia tínhamos uma doente, que tomava 77 comprimidos semanalmente e que atualmente toma 56 comprimidos. Os dois que seguimos adoram o serviço, dizem que lhe mudámos por completo a vida, ou seja, há um *feedback* muito positivo! Anteriormente, o marido queixava-se de não conseguir organizar os medicamentos da esposa, por serem tantos, mas atualmente diz que nunca mais houve ou sentiu dificuldades...” (Sexo feminino, 32 anos, farmácia urbana, movimento médio).

D: “...em termos de ter interesse em fazer toda a gente tem, interesse da parte dos doentes acho que também existe” (Sexo feminino, 45 anos, farmácia urbana, movimento médio).

E: “...vai fazer com que ele faça uma maior adesão à terapêutica, (...) não se esqueça e não está a baralhar a caixinha vermelha com a caixinha azul e o comprimido rosa com o comprimido branco... tudo disponível dentro de uma caixinha e, ele assim sabe que é para tomar àquela hora! Melhoraram significativamente, significativamente!! Uma delas é diabética e está com as glicémias certinhas, certinhas...” (Sexo feminino, 44 anos, farmácia rural, movimento baixo).

N: “...quando estamos a falar de uma população, que já por si há facilidade de erros na toma, e este blister vinha melhorar em muito isso” (Sexo masculino, 40 anos, farmácia rural, movimento médio).

Por outro lado, estas “novas” competências dos farmacêuticos fazem com que o doente ganhe mais confiança e à vontade para se dirigir à farmácia, sempre que necessite, de modo a obter um simples esclarecimento e uma clarificação de certos assuntos, quando surgirem dúvidas. No fundo, o farmacêutico é o profissional de saúde que está disponível a qualquer hora e no qual os doentes reconhecem uma mais-valia.

Tal é comprovado pelas citações seguintes:

B: “(...) há muitos doentes que não aderem à terapêutica de prevenção das crises de asma e depois têm que recorrer aos serviços de urgência, o que traz custos para o país

e para todos... e se houvesse um acompanhamento destes doentes, eu acredito que a adesão fosse maior” (Sexo feminino, 41 anos, farmácia urbana, movimento médio).

D: “...era no fundo um esclarecimento (...) de forma a que ela pudesse andar até com aquela folha para o caso de ter que ir a outro médico. Nesse período de tempo já sabemos que vamos ter de arranjar ali um espaço para também nos dedicarmos àquela campanha que está a decorrer ou, de outra forma, não se consegue fazer de todo... por muito boa vontade que se tenha” (Sexo feminino, 45 anos, farmácia urbana, movimento médio).

4.3.3 - Dinheiro

4.3.3.1 – Ajudas governamentais

No geral, todos os farmacêuticos afirmam que uma ajuda do Governo, com implementação de regulamentação específica, novos acordos ou legislação própria e esclarecimentos por parte do SNS, ajudariam na sua plenitude. Haveria um maior esclarecimento, os serviços seriam igualmente pagos ou não em todas as farmácias, o farmacêutico não estaria numa situação tão constrangedora, aquando da recruta de doentes e estes encarariam os serviços de uma outra forma. Admitem que uma uniformização dos serviços seria o ideal, tal como uma maior divulgação.

A identificação deste código emergente como um facilitador é, também, tal como já mencionado, apontado como uma barreira.

Tal é comprovado pelas citações seguintes:

A: “A conjuntura nacional a ser alterada, de modo a enfatizar a atividade farmacêutica e remunerando a mesma de forma justa e adaptada, constituiria, a meu ver, um passo determinante na implementação deste serviço” (Sexo feminino, 26 anos, farmácia urbana, movimento médio).

B: “O que pode ser feito?! ... Eu acho que continuarem projetos destes, que financiados pela faculdade, pelo Estado, seja por quem for... Fazer-se uma análise dos ganhos e dos benefícios deste tipo de projetos a nível económico para o país... para depois o Estado ver que é benéfico e compartilhar este tipo de serviços...” (Sexo feminino, 41 anos, farmácia urbana, movimento médio).

G: “Ter remuneração por parte do SNS parece-me claramente um fator importante. Para além disso, os idosos acabariam por achar que era algo absolutamente normal e nada constrangedor...” (Sexo feminino, 39 anos, farmácia urbana, movimento médio).

H: “Poderia ser um projeto financiado pelo Estado, em que se pagasse à farmácia. Acredito que isso tivesse que ser feito em grande escala, a nível nacional. Acho que a receita eletrónica poderá ajudar a este nível, que será em princípio implementada. O que seria maravilhoso era (um sistema), que com o número do Centro de Saúde, as farmácias e todos os profissionais de saúde conseguissem verificar toda a pasta clínica... Desde os medicamentos anteriores, aos novos doentes, diagnósticos e até mesmo análises laboratoriais ” (Sexo feminino, 38 anos, farmácia urbana, movimento médio).

I: “Se o Estado pudesse pagar a parte económica já não seria um entrave...” (Sexo feminino, 53 anos, farmácia urbana, movimento médio).

J: “Claro! O serviço passar a ser cobrado... faria toda a diferença!” (sexo masculino, idade não definida, farmácia urbana, movimento não definido).

L: “Alterações na conjuntura nacional sim, seria uma medida importante” (Sexo feminino, 33 anos, farmácia rural, movimento médio).

M: “Seria importante dar a conhecer este projeto nas redes sociais, sobretudo na televisão e na rádio” (Sexo feminino, 60 anos, farmácia rural, movimento médio).

N: “Este serviço é de tal forma útil e interessante, que podia ser participado pelo Estado... veja o doente não pagaria nada, a farmácia prestava este serviço a quem quisesse e o Estado participava... tal como participa a troca de seringas” (Sexo masculino, 40 anos, farmácia rural, movimento médio).

4.3.3.2 – Divulgação e valorização das farmácias

Um facilitador mencionado pelos farmacêuticos corresponde a uma maior ligação, inter-ajuda e união das farmácias, para que assim, no geral haja um benefício para os doentes, com a implementação dos serviços, ou seja, um aumento do dinamismo. Tal já é visível em alguns grupos de farmácias existentes atualmente em Portugal e que têm

como objetivo principal a excelência do doente, a sua saúde e não tanto o negócio como foco principal.

A identificação deste código emergente como um facilitador é, também, tal como já mencionado, apontado como uma barreira.

Tal é comprovado pelas citações seguintes:

C: “Penso que este tipo de serviços precisam de uma melhor divulgação do próprio serviço” (Sexo feminino, 32 anos, farmácia urbana, movimento médio).

G: “...que facilitam a implementação (...) é o apoio externo (por exemplo, proporcionado por um grupo de farmácias ou por uma associação profissional)” (Sexo feminino, 39 anos, farmácia urbana, movimento médio).

H: “Aliás, nós seguimos alguns idosos e, neste momento, já estamos mesmo a fazer esse serviço. Somos uma farmácia ‘X’ e ‘o grupo’ possui mesmo as caixas que funcionam para tal. Em relação à medicação, em que nós chamamos aqui os PIM’s (as caixas de medicação individual) é mesmo uma grande mais-valia...” (Sexo feminino, 38 anos, farmácia urbana, movimento médio).

L: “Para que tal aconteça é necessário apostar na preparação clínica dos farmacêuticos, na criação de grupos de trabalho especializados e estruturados” (Sexo feminino, 33 anos, farmácia rural, movimento médio).

N: “Terá é que depois ver se este serviço, se precisa de ser prestado pelo farmacêutico, apostar nele. Porque este serviço é feito nos hospitais e por técnicos de farmácia, não propriamente farmacêuticos, eles supervisionam este trabalho. Eu acho que, sem dúvida, este trabalho devia ser feito, pelo menos, pela supervisão de um farmacêutico” (Sexo masculino, 40 anos, farmácia rural, movimento médio).

4.3.4 - Cooperação médico-farmacêutico

A implementação de serviços avançados e a revisão da terapêutica são serviços que para serem usufruídos, na plenitude, pelos doentes, necessitam de uma relação médico-farmacêutico cordial, na medida em que o farmacêutico possa contactar, sempre que necessário com o médico para esclarecer e certificar-se de certos assuntos, por forma a intervir sempre que se justifique. Contudo, esta realidade ainda não é muito bem vista pelos médicos, mas começa gradualmente a ser melhorada, consistindo sem qualquer tipo

de dúvida, num facilitador e mais-valia para o doente, que esse sim, beneficiará em larga escala com um acompanhamento completo e personalizado.

A identificação deste código emergente como um facilitador é, também, tal como já mencionado, apontado como uma barreira.

Tal é comprovado pelas citações seguintes:

A: “...colaboração com a comunidade médica, talvez essa seja a barreira mais facilmente transponível com bom senso e sentido de oportunidade, se for relevado o fato de que todos almejamos o bem-estar do doente” (Sexo feminino, 26 anos, farmácia urbana, movimento médio).

D: “De uma maneira geral, não é muito difícil se forem sobretudo de clínicas privadas. Do Centro de Saúde é mais difícil o contacto com os médicos... eles atendem-nos de maneira a esclarecer-nos, embora não haja uma relação de proximidade com os mesmos” (Sexo feminino, 45 anos, farmácia urbana, movimento médio).

H: “Geralmente são médicos presentes, as próprias famílias até falam frequentemente com eles...” (Sexo feminino, 38 anos, farmácia urbana, movimento médio).

N: “...falta de relacionamento com os médicos também não é, porque neste caso, nos doentes mais idosos, são os médicos assistenciais mesmo locais que dão apoio aos doentes e como estamos a trabalhar num meio rural, temos muito acesso aos médicos” (Sexo masculino, 40 anos, farmácia rural, movimento médio).

O: “O contato com os médicos dos meus quatro utentes foi pessoal. Estes mostram-se disponíveis para trabalho em equipa em prol do utente” (Sexo feminino, 23 anos, farmácia urbana, movimento alto).

4.3.5 - Motivação

Em todas as profissões e fases da vida do ser humano, para se ser bem-sucedido, há que ter boa vontade, entusiasmo e persistência. Assim sendo, na implementação de SF, a boa vontade dos farmacêuticos é, várias vezes, encarada como um facilitador que direta ou indiretamente ajuda e beneficia a implementação. Para tal, há que lutar, ter espírito empreendedor e ser persistente; características que, sem dúvida alguma, facilitarão o papel do farmacêutico na realidade atual das farmácias.

A identificação deste código emergente como um facilitador é, também, tal como já mencionado, apontado como uma barreira.

Tal é comprovado pelas citações seguintes:

G: “O fator que empiricamente identifiquei como determinante é a vontade de fazer acontecer...para isso tem de haver motivação à partida, (...) e proatividade... Rapidamente as farmácias adaptam as suas infraestruturas (mesmo que de forma modesta), alocam tempo específico para os serviços, começam a falar com os médicos (uma vez que tal é necessário para que a intervenção seja efetiva)... Prende-se efetivamente com esta motivação e proatividade, que na grande maioria das vezes advêm da autoconfiança do profissional e da vontade de fazer o que está ao seu alcance para melhorar a qualidade de vida das pessoas que servem” (Sexo feminino, 39 anos, farmácia urbana, movimento médio).

I: “Espero conseguir num futuro breve, com a admissão de mais uma colega, (...) conseguir, lentamente, implementar o acompanhamento de doentes” (Sexo feminino, 53 anos, farmácia urbana, movimento médio).

L: “...na minha opinião é exequível se o farmacêutico tiver disponibilidade e competências clínicas” (Sexo feminino, 33 anos, farmácia rural, movimento médio).

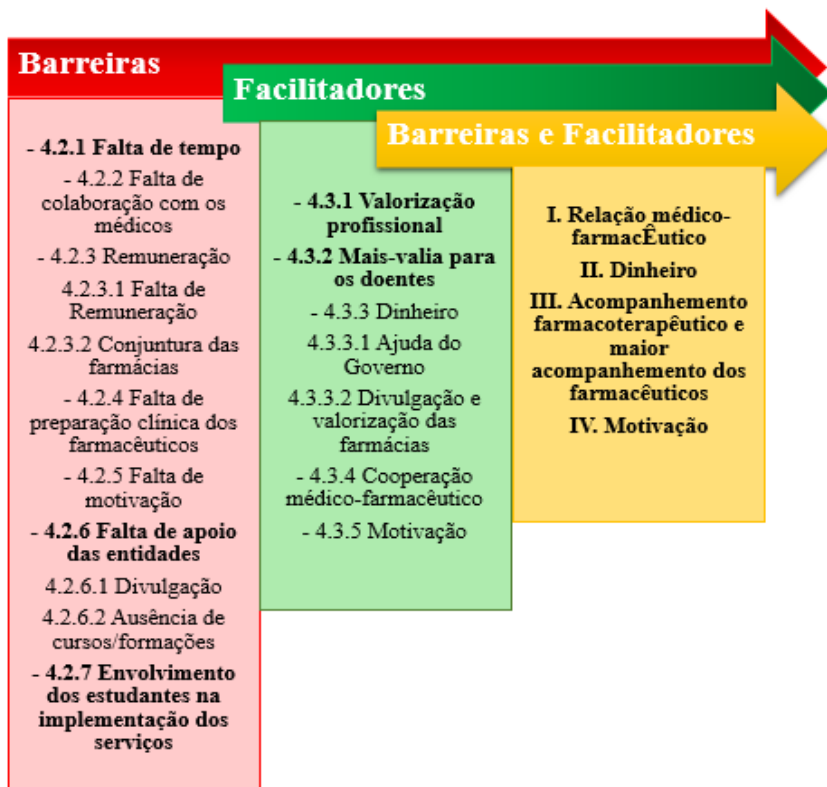


Figura 6 – Representação esquemática das Barreiras e Facilitadores identificados pelos Farmacêuticos nas entrevistas.

A **Figura 6** ilustra todos os códigos emergentes gerados ao longo do capítulo 4.3. Conclui-se que, na realidade apenas existem três verdadeiras barreiras (4.2.1 - falta de tempo, 4.2.6 - falta de apoio das entidades e 4.2.7 - envolvimento dos estudantes na implementação dos serviços) e dois verdadeiros facilitadores (4.3.1 - valorização profissional e 4.3.2 - mais-valia para os doentes).

Isto é, interpretando a figura e, especificamente para o quadrado amarelo, salienta-se a existência de códigos que poderão ser interpretados tanto como barreiras, como facilitadores, dependendo da sua existência ou ausência.

Na realização das entrevistas tal foi-se tornando claro, na medida em que o código **I.)** relação médico-farmacêutico, poderá ser convertível de barreira a facilitador, caso exista uma maior cooperação entre estas duas classes profissionais. Já quanto ao código **II.)** dinheiro, este tanto poderá ser visto como um domínio principal, nas barreiras, por ainda se encontrar ausente na maior parte da implementação dos serviços nas farmácias, como um facilitador. Isto porque, uma imposição fixa do custo dos serviços, seria igualmente vista como um facilitador, sendo vista como um domínio principal. E, seria ainda um maior facilitador, quando implementado com uma regulamentação específica e com ajudas do Governo. O código **III.)** acompanhamento farmacoterapêutico e maior acompanhamento dos farmacêuticos surge fazendo a seguinte interpretação: existirá uma diminuição da falta de preparação clínica dos farmacêuticos, através de uma maior divulgação, ajuda e valorização das farmácias. Por fim, o código **IV.)** motivação surgiria sempre que os farmacêuticos se tornassem mais motivados, estando diretamente relacionada com a maior valorização profissional.

4.4 - Justificação da implementação

A **Tabela 6** salienta os motivos, razões e fatos que fundamentaram a decisão dos farmacêuticos, para em 2014 terem ou não aderido ao projeto SOS *Pharma* Idoso. Desta forma, fizeram um testemunho na primeira pessoa, para exemplificarem as dificuldades, condicionantes e barreiras que encontravam nas suas farmácias e o que, nos casos de implementação, os motivou a quererem implementar tal serviço, conduzindo assim a uma mudança da atitude das farmácias portuguesas.

Tabela 6 - A visão dos Farmacêuticos sobre a implementação do Projeto SOS *Pharma* Idoso.

FARMÁCIA	Justificação para a IMPLEMENTAÇÃO ou ausência do Projeto SOS <i>Pharma</i> Idoso em 2014
A	<p>A farmacêutica A aderiu ao projeto, por considerar que seria uma mais-valia para o foco principal da farmácia, a otimização da qualidade de vida dos doentes, tal como uma inovação e acréscimo no reconhecimento da farmácia perante a comunidade, incentivando os doentes a identificarem a farmácia como um local onde o farmacêutico se encontrará sempre disponível para ajudar e encaminhar, sempre que possível.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ “A vontade de dinamizar a atividade no seio da comunidade.” ✓ “Sobretudo, a vontade de fazer mais e melhor, podendo neste processo proporcionar bem-estar e mais qualidade de vida aos doentes-” ✓ “...estreitar a ponte existente entre a comunidade, o médico de família e a sua farmácia habitual.”
B	<p>A farmacêutica B apresentou uma opinião bastante espontânea quanto à apreciação do projeto, considerando tratar-se de um projeto viável e que teria interesse em ser introduzido na sua farmácia, por ser primeiramente iniciado pelo estagiário. Assim, teria tempo para retirar as suas conclusões quanto à eficácia e rentabilidade do mesmo, tal como uma futura continuação da implementação do projeto.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ “A minha primeira impressão foi muito boa, bastante positiva...” ✓ “....achei que era um projeto que dava para ver se o serviço era depois fácil de implementar na farmácia ou não, era um serviço que ia ter a ajuda do estagiário e, então não iríamos assim dispensar muito tempo, muitos recursos...”
C	<p>A farmacêutica C considerou que, ao implementar o projeto, este era um serviço imprescindível para a sociedade e que alteraria por completo, a gestão da terapêutica e o acompanhamento dos doentes. Reconheceu que os doentes viram o projeto com “bons olhos”,</p>

	<p>garantido ser de extrema importância, segurança e uma mais-valia para a sua saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ “...um serviço diferenciado e que faz, sem dúvida, toda a diferença na gestão da terapêutica.” ✓ “...os doentes encaram este serviço como um apoio e segurança.”
D	<p>A farmacêutica D afirmou que este tipo de projetos se tratam de um tipo de serviço pelo qual todos gostariam de conseguir aderir e implementar nas suas farmácias. Contudo, afirmou que para tal se verificar, é preciso ser proativo e inovador, não tendo medo de arriscar e implementar novos serviços, como o seguimento farmacoterapêutico. Afirma que estes tipos de serviços contribuem para que a farmácia passe a ser um local de referência onde os doentes confiem a sua saúde, diferenciando-se dos locais de venda de MNSRM.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ “Na minha opinião todas querem fazer, porque isto é uma maneira de nos diferenciarmos de outros espaços de saúde.” ✓ “...seguimento da terapêutica poderia ser um trabalho interessante para algumas pessoas.”
E	<p>A farmacêutica E identificou que ao implementar o serviço na sua farmácia, beneficiou os seus doentes. Assim teria condições para prestar um maior auxílio, “educá-los” para a saúde, efetuando a correta PIM. Como tal, o doente teria maiores níveis de adesão, melhorando diretamente a sua saúde; motivo mais que suficiente no qual a farmacêutica assentou a sua decisão de participação no projeto.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ “...é bastante interessante, porque para o doente é muito importante, o ter a medicação disponível e certinha...” ✓ “...a implementação deste serviço facilitaria e melhoraria em muito a saúde da pessoa e a adesão.” ✓ “...eu acho que este serviço é muito importante.”

F	<p>A farmacêutica F afirmou que aceitou implementar os serviços na sua farmácia, por isso revelar diretamente vantagens para todos os doentes polimedicados e/ou idosos.</p> <p>✓ “As vantagens para a população idosa e doentes polimedicados”</p>
G	<p>✓ (não se aplica)</p>
H	<p>A farmacêutica H mencionou que ao implementar um SF, como o proposto, estaria em primeira mão a beneficiar a saúde pública dos seus doentes. Frisou que este é um serviço dirigido para a população idosa e, como tal, de maior importância e relevância, quando bem sucedido.</p> <p>✓ “Tem sempre interesse tudo o que diga respeito ao nível da geriatria...”</p> <p>✓ “...pois, para além do mais é sempre um interesse comunitário.”</p>
I	<p>A farmacêutica I afirmou não ter conseguido implementar o serviço em 2014, por falta de tempo e devido aos recursos técnicos serem limitados na sua farmácia. Contudo, não retirou o mérito ao projeto, afirmando a sua importância e que assim que reúna condições laborais, gostaria de realizar serviços cognitivos na sua farmácia.</p> <p>✓ “Espero num futuro breve, com a admissão de mais uma colega conseguir, lentamente, implementar o acompanhamento de doentes. Mas não sei se as pessoas estarão dispostas a pagar por isso do seu bolso.”</p>
J	<p>O farmacêutico J foi, sem dúvida, o único que assertivamente concluiu não concordar com este tipo de projetos, por acreditar que não terão que ser os farmacêuticos a irem ao encontro dos doentes, mas sim o inverso. Afirma que isso não conduziria a uma melhoria direta dos serviços prestados aos doentes e que, no geral, SF padecem de uma difícil implementação.</p> <p>✓ “Projeto com algumas falhas.”</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ “Não participei, (...) não é de modo algum fácil...” ✓ “Para além de que não faz sentido andar a ir a casa das pessoas, ou ser “polícia” das mesmas. As pessoas, caso precisem, recorrem a nós...”
L	<p>A farmacêutica L gostaria de ter participado, por considerar que tal era benéfico, para a saúde dos seus doentes e uma mais-valia como realização profissional. Contudo, não participou por motivos alheios à sua vontade, neste caso, pelo seu Diretor Técnico pautar de uma opinião contrária.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ “Não participei no projeto por decisão do meu Diretor Técnico, devido à falta de tempo e recursos humanos para a sua realização.”²
M	<p>A farmacêutica M afirma que para se sentir seduzida a participar num projeto como este, teria que existir uma regulamentação específica e concreta, que clarificasse todas as partes envolventes. Não concordou com o projeto, por este incluir uma deslocação dos farmacêuticos à habitação dos doentes, que considera tratar-se de um espaço íntimo, no qual as farmácias não se deverão intrometer.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ “O aspeto que determinou a minha decisão foi o fato de não querer intrometer-me na privacidade dos doentes e, inclusive, irmos a suas casas!” ✓ “A adesão à terapêutica é um tema bastante vasto e ainda muito pouco desenvolvido e regulamentado”
N	<p>Apesar de o farmacêutico N não ter participado no Projeto SOS <i>Pharma</i> Idoso, afirma que uma implementação deste tipo de serviços seria bem-vista, por parte da sua farmácia. Revelou, no entanto, que se trata de um processo difícil, por já o ter implementado anteriormente numa instituição. Todavia, afirma que o gostaria de realizar, por se</p>

² A farmacêutica, embora não pertencesse ao grupo inicial de farmácias convidadas a participar no Projeto em 2014, foi convidada a participar a 20 de Abril de 2014, justificando-se esta sua resposta.

	<p>tratar de um serviço imprescindível para os idosos, devido ao défice progressivo das capacidades cognitivas destes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ “Relativamente a uma instituição, eu tentei implementar...” ✓ “...demonstrar os prejuízos que traz a duplicação da terapêutica e a falta de adesão à terapêutica num resultado clínico, claro que ainda antes do resultado económico.” ✓ “...este serviço em particular é muito importante, porque a adesão à terapêutica dos idosos é menor, porque eles já têm uma diminuição cognitiva fruto da idade.”
O	<p>A farmacêutica O, apesar de não ter participado de uma forma direta no projeto, salienta que o cumpriu, na medida, em que conseguiu recolher os dados necessários, afirmando que o fato de existirem projetos como este, são uma mais-valia para a farmácia, por forma, a “fixar” e seguir os doentes, acabando por existir uma fidelização dos mesmos para com a farmácia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ “Eu entrei no estudo <i>SOS Pharma Idoso</i> de uma forma diferente. Tive conhecimento deste estudo na IIIª Reunião Científica da Sociedade Portuguesa de Farmácia Clínica e Farmacoterapia.” ✓ “No fim do período do estudo comprometi-me a fornecer os dados recolhidos para complementar o Projeto <i>SOS Pharma Idoso</i>, (...), bem como fidelizar os utentes às farmácias”

4.5 - Apreciação do Projeto SOS *Pharma* Idoso

Na **Tabela 7** encontra-se esquematizada a apreciação efetuada pelos farmacêuticos entrevistados, exprimindo o grau de satisfação e de exequibilidade para com o Projeto SOS *Pharma* Idoso. Aqui retrata-se a incidência da opinião dos farmacêuticos acerca da introdução das caixas dispensadoras e da respetiva revisão da terapêutica, como uma inclusão a ser equacionada num futuro breve das farmácias comunitárias portuguesas.

Tabela 7 - Opinião dos Farmacêuticos face à apreciação do Projeto SOS *Pharma* Idoso.

Farmácia	INTERESSE / EXEQUIBILIDADE	Caminho ÚTIL...	Diabetes...
			FACILITA ou DIFICULTA a Implementação?
A	“O projeto em si, por facilitar as caixas para preparação da medicação, determinou a intervenção, tornando-a exequível e prática.”	“Um caminho não só útil, como essencial!”	“Sinceramente, penso que <u>dificultaria</u> .” “O doente com diabetes é já bastante auxiliado e, por norma, bastante educado e acompanhado ao nível dos CSP, nomeadamente nos centros de saúde.” “Há patologias (do foro cardiovascular, por exemplo), que carecem de mais atenção e monitorização.”
B	“A impressão foi muito boa, bastante positiva, porque achei que era um projeto que dava para ver se o	“Acho que sim! Sem dúvida! Por isso achei o projeto ótimo.”	“Acho que a diabetes é <u>das mais importantes</u> , juntamente com a asma” “Porque há muitos doentes que não aderem à terapêutica de prevenção das crises de asma.”

	serviço era depois fácil de implementar na farmácia.”		
C	“Foi e é um projeto bem executado, pois serve para ajudar os doentes.”	“É um caminho a seguir, que permite que o farmacêutico intervenha na saúde e gestão terapêutica.”	<p>“Considero que qualquer doente polimedicado pode beneficiar deste tipo de serviço.”</p> <p>“A doente beneficiou imenso deste tipo de serviços e <u>no seu quadro clínico não apresenta a diabetes como uma patologia.</u>”</p>
D	“A abordagem aqui dos nossos doentes correu sempre muito bem.”	“Eu acho que sim. Deveria até ser feito em períodos mais longos e não temporariamente...”	<p>“Isso seria <u>interessante!</u>”</p> <p>“O diabético não toma só o medicamento para controlo da glicémia, são normalmente doentes polimedicados que precisam de um acompanhamento...”</p> <p>“Sugiro, também, por exemplo, os doentes com HTA”</p>
E	“Tem interesse e eu penso que tenha sido bem executado!”	“Sem dúvida! Sem dúvida alguma que é um caminho a seguir!”	<p>“É assim... <u>não é por ser a diabetes em si...</u>”</p> <p>“Em qualquer uma das patologias em si das doenças crónicas, a implementação deste serviço facilitaria e melhoraria em muito a saúde do doente e a adesão.”</p> <p>“Talvez a HTA seja a mais importante.”</p>

F		“SIM!”	“ <u>Sim</u> ”
G	(não se aplica)	<p>“Penso que a revisão da medicação e a preparação individualizada da medicação são serviços que respondem a problemas que sabemos serem prevalentes, como a falta de adesão e duplicação terapêutica.”</p> <p>“Considero que estes dois serviços, realizados em conjunto, seriam extremamente úteis e deveriam ser prioritários.”</p>	<p><u>“Não deveremos direcionar os serviços para patologias específicas!”</u></p> <p>“O doente deve ser encarado de forma holística.”</p> <p>“O serviço poderia ser feita de forma dirigida às patologias mais prevalentes...”</p> <p>“Este deveria estar disponível para qualquer doente que dele necessitasse.”</p>
H	“Tem sempre interesse tudo o que diga respeito ao nível da geriatria, (...) é sempre um interesse comunitário.”	“Seria um caminho a seguir, sem dúvida!”	<p>“Acho que seria mais no caminho da polimedicação...”</p> <p><u>“... não no caminho de uma patologia específica.”</u></p> <p>“Depende de caso para caso...”</p>

I	<p>“Projeto, a meu ver, muito interessante não só para o farmacêutico em termos de realização profissional, como a nível da população pelo apoio que dá ao doente polimedicado e idoso.”</p>	<p>“Sim, mas o caminho é cheio de dificuldades...”</p> <p>“As pessoas têm de se capacitar que não são capazes de seguir a sua medicação ou a do familiar.”</p> <p>“A ideia é ótima e tem pernas para andar mas temos de estar preparados para resistências...”</p>	<p><u>“O acompanhamento de asmáticos e de hipertensos ao lado dos diabéticos é um dos meus projetos se conseguir alargar o espaço da minha farmácia e ter um gabinete para dedicar a esta tarefa”</u></p>
J	<p>“Projeto com algumas falhas, que implica o grande dispêndio de tempo.”</p>	<p>“Não sei até que ponto...”</p>	<p><u>“Não vejo o caso por uma patologia em específico,</u> mas a existir seria uma mais-valia... em primeira mão para os doentes polimedicados.”</p>
L	<p>“Projeto bastante interessante pela sua necessidade e exequível se o grupo de trabalho da farmácia tiver recursos humanos suficientes e com preparação clínica.”</p>	<p>“Sem dúvida, este serviço será um caminho a seguir ao qual se podem e devem aliar outros serviços, como o seguimento farmacoterapêutico e a indicação farmacêutica”</p>	<p>“Facilitaria a implementação, <u>mas na minha opinião seria insuficiente para o doente diabético.</u>”</p> <p>“...na medida em que o idoso sendo um grupo polimedicado para diferentes patologias, a atuação do farmacêutico deverá focar o doente no ‘seu todo’, contemplando todas as suas patologias, para melhores resultados em saúde.”</p>

M	<p>“Projeto com uma finalidade bastante interessante e vantajosa para os nossos doentes idosos.”</p> <p>“...em termos de exequibilidade foi o que menos me entusiasmou, (...) a maioria dos nossos doentes iriam rejeitar a nossa ajuda em suas casas, preferem vir à farmácia.”</p>	<p>“...é um projeto que poderia ajudar neste problema diário, sobretudo na toma correta, na hora correta e da forma correta.”</p> <p>“...(mas), talvez fazer as caixas dispensadoras e a revisão da medicação, mas na própria farmácia. Num dia específico, numa hora específica.”</p>	<p>“<u>Dificultaria</u>. Seria importante fazê-lo, mas para toda a medicação.”</p>
N	<p>“...portanto acho um serviço muito importante...”</p> <p>“...eu penso que é executável e que será benéfico...”</p> <p>“Para o doente é uma mais-valia, sem dúvida alguma.”</p>	<p>“este serviço terá um impacto positivo elevado”</p> <p>“...tem a ver com melhorias na não duplicação, uma grande melhoria na adesão à terapêutica, um conjunto de melhorias...”</p>	<p>“<u>A diabetes não é um bom exemplo</u>, porque noventa e muitos por cento dos doentes não são só diabéticos...”</p> <p>“Quase todos os SF avançados devem ser <u>prestados independentemente da patologia</u>.”</p> <p>“...não sou favorável só para a patologia A, B ou C.”</p> <p>“...haverá maior risco, em patologias associadas por exemplo à dificuldade cognitiva, (...) veja Alzheimer, depressão, <i>Parkinson</i>, um conjunto de coisas...”</p>

			“...uma maior necessidade nos doentes polimedicados com esquemas terapêuticos complexos.”
O	“A minha motivação para participar neste estudo, deveu-se ao convite da Dra. X.”	“A aposta nos serviços farmacêuticos poderá ser uma forma de ultrapassar a ‘crise’”	<p>“A meu ver, <u>dificultará a implementação.</u>”</p> <p>“...ao estarmos a restringir a população alvo do estudo, isto dificultará o recrutamento!”</p>

Fazendo uma análise às opiniões mencionadas pelos farmacêuticos na **Tabela 7**, conclui-se que as mesmas são unânimes em relação à apreciação do projeto, considerada positiva na sua maioria, na medida em que apenas o farmacêutico **J** não fez uma apreciação positiva “Projeto com algumas falhas, que implica o grande dispêndio de tempo”.

Relativamente à eficácia do projeto todos os farmacêuticos concordaram ser uma mais-valia, com exceção do farmacêutico **J**, que defende uma posição contrária. Referem tratar-se de uma aposta com futuro, defendem esta ideia e sugerem aos farmacêuticos que ainda não o implementaram a pô-lo em prática. Salientam ainda que, embora necessitem de uma maior equipa técnica e disponibilidade, este é um caminho que ajudará e contribuirá de um modo geral para a melhoria da saúde pública.

As opiniões foram mais díspares na avaliação da escolha da patologia, pela qual se deveria iniciar o programa de SF ou se haveria necessidade de uma patologia em específico. Isto é, apenas os farmacêuticos **B**, **D**, **F** e **I** afirmaram que o acompanhamento da diabetes é a patologia que de maior acompanhamento necessita.

A maioria dos farmacêuticos salientaram que a diabetes é uma patologia, que necessita de um acompanhamento controlado, mas que os doentes diabéticos, regra geral, têm consciência da patologia e são doentes bem “ensinados”, fazendo um controlo quase diário através das medições que podem ser executadas em casa. Contudo, a farmacêutica **A** mencionou que o acompanhamento de diabéticos dificultaria o processo, por considerar que estes são doentes bastante seguidos.

No entanto, e com uma maior relevância na sua expressividade, os farmacêuticos **C**, **G**, **H**, **J**, **L**, **M**, **N** e **O** foram unânimes ao afirmar que o mais importante e rentável seria a implementação dos serviços em doentes polimedicados; recorde-se que doente polimedicado é todo e qualquer doente que tome cinco ou mais medicamentos (Hamilton, H., Gallagher, P., Ryan, C., Byrne, S., & O’Mahony, 2011), (Lesende, I. M., Crespo, I. M., López, G. M., Zelaia, I. G., Parra, J. C., & Goicoechea, 2013). Consideram, assim, que o doente precisa de um acompanhamento, mas que deve ser executado de uma forma holística.

A farmacêutica **C** ao relatar a diminuição de 77 comprimidos semanais para 56 de uma doente, demonstrou o quanto fundamental poderá ser o acompanhamento dos doentes e a respetiva revisão terapêutica.

Foram ainda sugeridas outras patologias que deveriam ser seguidas, como a Asma, pelos farmacêuticos **B** e **I** por considerarem que são doentes que não aderem bem à terapêutica, encontrando-se muitas vezes com a patologia mal controlada. Os farmacêuticos **D**, **E** e **I** frisaram que o acompanhamento de doentes com HTA é um ponto importantíssimo.

Para a farmacêutica **E** é a “a mais importante”, pois explica “alguns doentes meus que se estão com a tensão boa, não tomam a medicação...se está má, tomam-na...”. Por fim, o farmacêutico **N** frisou o fato destes serviços se poderem direcionar, essencialmente, para doenças degenerativas, onde gradualmente há uma perda de défice cognitivo, que em muito se encontra relacionado com a população geriátrica.

4.6 – O que fazer no futuro?

Este estudo quando executado na sua plenitude, corresponderia ao sucesso desejado inicialmente, que teria por base um papel ativo do farmacêutico perante a sociedade.

Independentemente de se tratar de uma farmácia rural ou urbana, da personalidade, da inovação intrínseca à personalidade do respondente, e da motivação do farmacêutico, este teria que adotar uma atitude e perceber o projeto como útil e exequível, de forma a implementá-lo na sua farmácia.

Face a isto, caso considerasse um projeto exequível, interessante e que de um caminho a seguir se tratasse, começaria por implementar os SF avançados na farmácia. Contudo, teria que ultrapassar entraves, contando com a sua experiência e preparação clínica, para o evoluir do projeto.

Após algum tempo, conseguiria seguir vários doentes, principalmente doentes polimedicados e geriátricos, por serem o público-alvo da farmácia, fazendo a gestão terapêutica e o acompanhamento farmacoterapêutico, contribuindo para uma adesão a uma terapêutica efetiva e segura.

Desta forma, contribuiria para melhorar a qualidade de vida do doente e da sua própria família, na medida em que a farmácia se poderia “deslocar” a casa do doente, fazer a PIM, onde seriam evitadas duplicações, omissões e interações terapêuticas.

Por fim, sempre que possível existiria uma relação médico-farmacêutico próxima, para um acompanhamento total do doente. Com isto, a farmácia seria valorizada, pela inovação e préstimo dos serviços e conseguiria fidelizar os doentes à mesma.

Contudo, esta realidade ainda não se verifica, por isso e recorrendo à **Figura 7**, que demonstra declarações dos farmacêuticos entrevistados, dever-se-á perceber o que fazer no futuro.

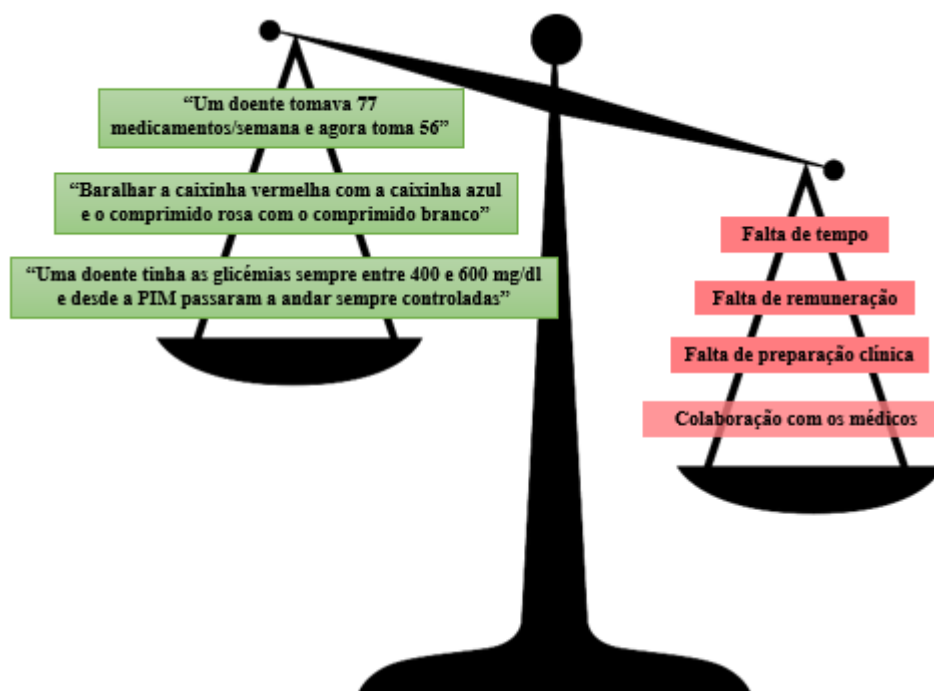


Figura 7 – Barreiras e Facilitadores na implementação de Serviços Farmacêuticos avançados, qual o futuro?

Apesar de o prato direito da balança - barreiras - parecer de fato pesar mais, se for observado o outro prato da balança, no qual se exemplificam três testemunhos motivadores, isto faz prever um futuro risonho. Isto é, provavelmente, valerá a pena desenvolver esforços para converter as barreiras em facilitadores.

Alguns dos participantes, através dos seus testemunhos deixaram como “dicas” à implementação aspetos fulcrais a encarar no futuro, nomeadamente a necessidade de articular esforços entre os farmacêuticos comunitários, em contato com os doentes, as universidades, que delinearão e analisarão a evidência, e as organizações representativas, que serão determinantes em tornar as barreiras em facilitadores, através de iniciativas como a divulgação do serviço ao doente, a negociação da remuneração, a promoção de uma colaboração efetiva entre os diferentes profissionais de saúde, entre outras iniciativas.

4.7 - Discussão dos Resultados

Com as entrevistas foi possível a identificação de barreiras, bem como de possíveis facilitadores a equacionar no futuro, para que este tema tão pertinente em saúde pública e no contexto atual da profissão farmacêutica se torne relevante. Apesar de nos

últimos tempos, a profissão ter sofrido alguma desvalorização, espera-se que a mesma sofra uma mudança. Isto significa que muitos farmacêuticos têm noção de onde estão presentes as lacunas, pois sabem o que fazer para que esses sonhos/desejos/realizações passem da teoria à prática.

No geral, as barreiras mencionadas pelos farmacêuticos vão de encontro com as referidas no estudo realizado em Espanha, o que confere alguma confiança nos dados visto tratar-se de um país cujo modelo de funcionamento do sistema de saúde em geral e das farmácias em particular, é bastante semelhante ao português (Ma Gastelurrutia et al., 2005). Tal como mencionado por (Plaza L, 2003) há uma semelhança muito importante a anotar; o fato de neste estudo ter sido mencionado que a barreira mais relevante para os farmacêuticos que nunca haviam tido uma experiência com tais serviços ou se predisposto a implementá-los, se tratasse da remuneração. Tal foi comprovado, no decorrer destes estudos, pelos farmacêuticos que em 2014 não haviam recrutado doentes, retratado, por exemplo, pelas seguintes citações: “Sim, o pagamento do ato farmacêutico por exemplo, pois o dispêndio de tempo neste serviço é considerável” e “Ninguém (...) está para perder tempo com estes serviços, se não vai ser remunerado por tal tarefa...”. Curiosamente, no artigo de van Mil *et al.*, que retrata a realidade a nível europeu, muitas destas barreiras encontradas são igualmente mencionadas (J. W. F. Mil et al., 2001).

Apesar dos resultados obtidos irem muito ao encontro dos estudos já publicados, nenhum dos entrevistados referiu como uma barreira a elevada componente teórica, na qual o Curso de Ciências Farmacêuticas se encontra assente em Portugal. Desta forma, isto difere do que foi mencionado por (M. A. Gastelurrutia et al., 2007).

Inicialmente, pretendia-se, pelo menos uma amostra com 30 farmacêuticos, para se conseguir uma saturação dos dados. Contudo, tal não foi possível devido às limitações temporais, visto o estudo só se ter iniciado em junho e ter coincidido com o período chamado de férias. Fazendo uma análise a toda a condução e marcação das entrevistas, penso que tanto quanto possível, o convite que na sua maioria foi feito via carta, não foi o melhor, pois muitas vezes a correspondência das farmácias não passa pelos farmacêuticos. Desta forma, por variadíssimas vezes, quando se conseguia chegar ao contato com o farmacêutico por via telefónica, este nem sabia da existência de tal carta enviada. Afirma-se sem qualquer tipo de dúvida que a tarefa mais difícil, durante o recrutamento das farmácias, foi o contato com a pessoa que na farmácia tinha sido a responsável pelo Projeto SOS *Pharma* Idoso em 2014 ou que atualmente estava à frente

deste tipo de projeto. Isto é, o contato com as farmácias por telefone era relativamente fácil, difícil era falar com o farmacêutico responsável por este assunto.

Uma das grandes limitações deveu-se à localização geográfica das farmácias, preferencialmente todas as entrevistas deveriam ter sido realizadas presencialmente; tal não se verificou pela distância relativa que existia entre várias farmácias face à localização do investigador e devido à falta de disponibilidade, quer por parte dos farmacêuticos e/ou investigador.

Um ponto fraco do estudo prende-se com a inexperiência do investigador, fazendo com que por vezes não conseguisse estimular os farmacêuticos a falarem em profundidade de certos assuntos/temas. Era desejável que tivesse existido uma maior exaustividade e rigor nas entrevistas, que não foi possível aquando das mesmas por *e-mail*, pois aí os farmacêuticos limitavam-se a responder à pergunta tal como ela se encontrava formulada.

Embora, se trate de uma amostra reduzida (14 participantes), tal como exemplificado na **Figura 8**, consideram-se alguns pontos fortes, na medida em que se conseguiram elaborar diversos códigos emergentes, o que se traduz numa boa qualidade do estudo, por ser um projeto pioneiro em Portugal. Tal como foi referido na introdução, existem diversos estudos acerca da implementação de serviços cognitivos nas farmácias pela Europa, contudo no nosso país, tal ainda não se verifica. Embora isto se trate de um ponto relevante deste estudo, não deixa de ser também uma limitação, o que impede que se façam comparações plausíveis, dentro do mesmo ponto forte do trabalho prende-se com a verificação da codificação das entrevistas por parte de um segundo entrevistador, contribuindo assim para a credibilidade dos dados apresentados.

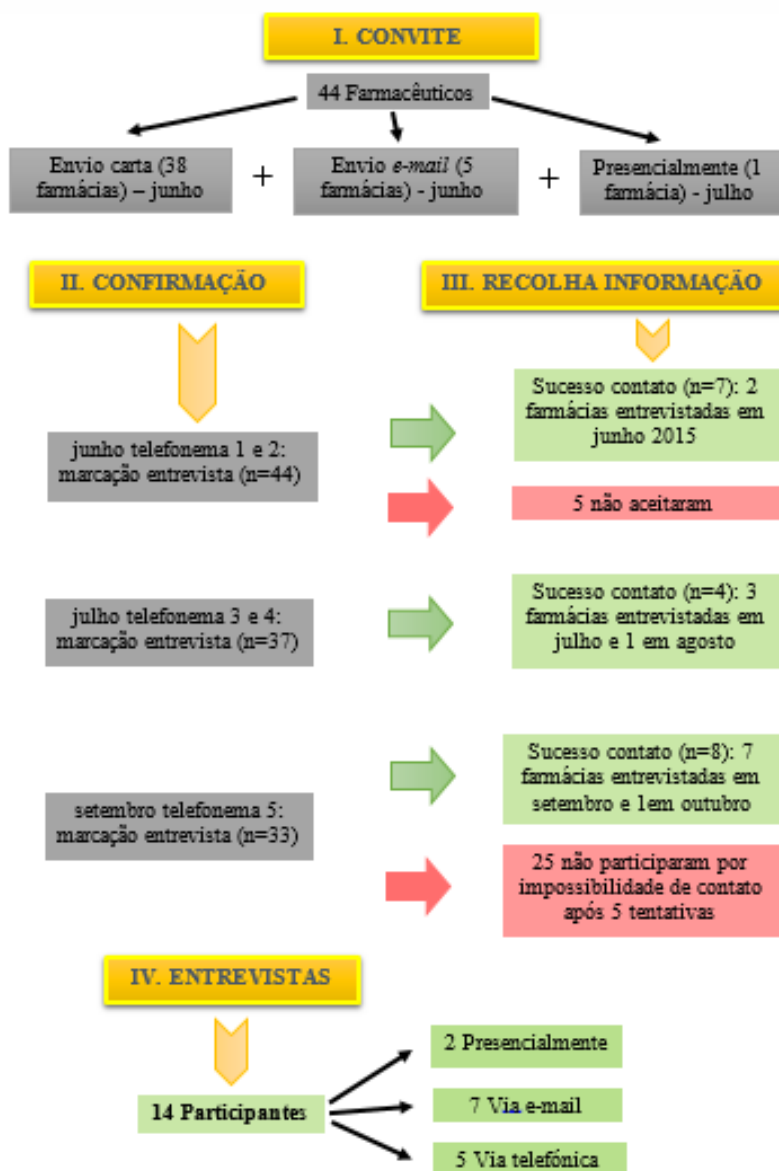


Figura 8 - Resultado final da Metodologia utilizada durante o estudo.

Como sugestões futuras, deverá pensar-se se a implementação de SF avançados serão ou não uma mais-valia tanto para o doente, como para o farmacêutico; na medida em que, ao contrário do que quase sempre é afirmado tanto pelos intervenientes deste estudo, como pela bibliografia consultada, a remuneração não deverá ser o foco principal e o maior entrave para que tal se verifique. Dados preliminares de uma amostra limitada de doentes em seguimento indicam que, em média, a PIM demora, por doente, 15 minutos semanais. O farmacêutico com boa-vontade e dedicação e nos casos que considere ser crucial para um determinado doente, não poderia abdicar de 15 minutos semanais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos seus doentes? Na realidade, apenas “perdia” 15 minutos, num horário semanal de 40 horas. Esta ideia vai ao encontro do que

foi referido no estudo de (Roberts et al., 2008), isto é, o farmacêutico caso queira poderá ser empreendedor e implementar tais serviços na sua farmácia.

Uma outra sugestão poderá passar por uma nova reformulação dos sistemas informáticos, disponíveis nas farmácias, para que a revisão da medicação seja executada de uma forma mais eficiente e rápida, fornecendo mais detalhes e possíveis ferramentas de registos e alertas semanais, à semelhança do que já se passa na Holanda, em que o farmacêutico é alertado 3 semanas antes do doente terminar a sua medicação para que possa entrar em contato com o doente sugerindo o reabastecimento (J.W. Foppe van Mil, 2015).

Por fim e de extrema importância, há que equacionar, se este assunto não deveria ser uma aposta da OF, para a revalidação das carreiras profissionais, recorrendo muito mais à formação e componente prática, em detrimento de formações teóricas (Farmacêuticos, 2015), que por diversas vezes não trazem muitas mais-valias, nem gosto pessoal, para os farmacêuticos que as realizam.

Capítulo 5 – Conclusão

O estudo realizado evidencia uma unanimidade quanto à opinião dos farmacêuticos comunitários, na medida em que revela uma taxa reduzida de sucesso na implementação de SF avançados, o que resulta num quadro claramente negativo, denunciador de um fraco envolvimento por parte das farmácias, devido às inúmeras barreiras referidas pelos farmacêuticos.

Os dados recolhidos ao longo das entrevistas demonstram um desejo futuro de otimização dos serviços avançados de farmácia comunitária, por serem benéficos para o acompanhamento de doentes polimedicados e em particular da população geriátrica.

Contudo, através das entrevistas constatou-se que a taxa reduzida de implementação se deve essencialmente à falta de tempo dos farmacêuticos, falta de remuneração pelo serviço, fraca relação médico-farmacêutico e devido à fraca motivação. Como tal, dever-se-á equacionar uma regulamentação e financiamento dos serviços, um maior acompanhamento farmacoterapêutico por parte dos farmacêuticos, de modo a atingir níveis de maior motivação e um maior relacionamento entre a classe médica e farmacêutica.

No futuro, a implementação de serviços farmacêuticos avançados deverá focar-se em doentes polimedicados, não se baseando apenas numa patologia específica. Em suma, os serviços quando realizados e implementados na sua plenitude evidenciarão ganhos em saúde pública, bem como uma melhoria direta da qualidade de vida dos doente

Bibliografia

- Albrecht, L. C., Roberts, A. S., Benrimoj, C. S. I., Williams, K. A., Chen, T. F., & Aslani, P. (2006). Cognitive pharmaceutical services : financial facilitators.
- Anf. (2008). Programa de Troca de Seringas nas Farmácias 1993-2008.
- ANF. (2014). Oficialização do Acordo entre Ministério da Saúde e ANF, 2015.
- Armour, C., Brilliant, M., & Krass, I. (2007). Pharmacists' views on involvement in pharmacy practice research: Strategies for facilitating participation. *Pharmacy Practice*, 5(2), 59–66. <http://doi.org/10.4321/S1886-36552007000200002>
- Bell HM, McElnay JC, H. C. (1998). A qualitative investigation of the attitudes and opinions of community pharmacists to pharmaceutical care.
- Benrimoj, S. I., Feletto, E., Gastelurrutia, M. a., Martinez Martinez, F., & Faus, M. J. (2010). A holistic and integrated approach to implementing cognitive pharmaceutical services. *Ars Pharmaceutica*, 51(2), 69–88.
- Berenguer B, La Casa C, de la Matta MJ, M.-C. M. (2004). Pharmaceutical care: past, present and future.
- Caramona, M. M., & Figueiredo, I. V. (2013). Necessidades reais de implementação de novos serviços farmacêuticos centrados no doente Implementation needs for new pharmaceutical services focus on the patient, 2, 15–20.
- Carneiro, R. (Coord. . (2012). O envelhecimento da população: Dependência, ativação e qualidade. *Focus*, 363. <http://doi.org/Ficha n°28>
- Chumney, E. C., & Robinson, L. C. (2006). The effects of pharmacist interventions on patients with polypharmacy. *Pharm Pract (Internet)*, 4(3), 103–109. Retrieved from http://scielo.isciii.es/pdf/pharmacy/v4n3/en_revision.pdf\nfiles/47/Chummey polipharmacy.pdf
- Correr, C. J., Salgado, T. M., Rotta, I., & Fernandez-Llimos, F. (2010). Tipos de Serviços Farmacêuticos Clínicos: O que dizem as Revisões Sistemáticas ? *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 1(2), 23–42.

- Costa, S., Santos, C., & Silveira, J. (2006). Community pharmacy services in Portugal. *The Annals of Pharmacotherapy*, 40(12), 2228–2234. <http://doi.org/10.1345/aph.1H129>
- Del, E. L. P., & El, F. E. N. (1993). La Declaración de Tokio Federación Internacional Farmacéutica.
- Dgs. (2012). Programa Nacional para a Diabetes - Orientações Programáticas, 1–9.
- Dobbs, R. L., Brahm, N. C., Fast, G., & Brown, R. C. (2004). Thyroid function alterations following quetiapine initiation in a developmentally disabled adolescent [5]. *Annals of Pharmacotherapy*, 38(9), 1541–1542. <http://doi.org/10.1345/aph.1E054>
- Drive, T., Framework, G. C., Federation, T. W., Education, M., Pharmacy, F. I. P., Taskforce, E., ... Standards, M. (2010). A Global Competency Framework Draft Version.
- Duarte, P. C. (2014). Acordo MS com ANF.
- Duarte, Alzira ; Nunes, F. ; Martins, L. (2001). Responsabilidade Social no Sector das Farmácias em Portugal. Retrieved from http://ofporto.org/upload/documentos/91398-Resp_social.pdf
- Eguren, D. D. J., & Cobos, A. M. (2014). PORDATA, 2007–2010.
- El, P., Un, C. D. E., & Formativo, A. (2010). N Ormas Y.
- Farmacêuticos, B. da O. dos. (2015). Nova Carteira Pofissional. Retrieved from http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Docs334.pdf
- Farris, K. B., Fernandez-Llimos, F., & Benrimoj, S. (Charlie). (2005). Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research from Around the World. *The Annals of Pharmacotherapy*, 39(9), 1539 –1541. <http://doi.org/10.1345/aph.1G049>
- Faus, M. J. (2000). Atenci??n Farmac??utica como respuesta a una necesidad social. *Ars Pharmaceutica*, 41(1), 137–143.

- Figueiredo, I. V, & Caramona, M. M. (2014). Resultados de serviços farmacêuticos centrados no doente implementados em Portugal Results of the patient-centered pharmacy services implemented in, 3, 15–22.
- FIP Pharmacy Education Taskforce. (2010). A Global Competency Framework for Services Provided by Pharmacy Workforce (draft version).
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2004). PORDATA, Farmácias: número, 1–3.
- Galvão, C. (2006). O idoso polimedicado- estratégias para melhorar a prescrição. *Rev Port Clin Geral*, 22, 747–752.
- Gastelurrutia, M. a., Benrimoj, S. I. C., Castrillon, C. C., De Amezua, M. J. C., Fernandez-Llimos, F., & Faus, M. J. (2009). Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Pharmacy World and Science*, 31(1), 32–39. <http://doi.org/10.1007/s11096-008-9261-0>
- Gastelurrutia, M. A., Fernández-Llimos, F., Benrimoj, S. I., Castrillon, C. C., & Faus, M. J. (2007). Barriers for the implementation of cognitive services in Spanish community pharmacies. *Atencion Primaria / Sociedad Espanola de Medicina de Familia Y Comunitaria*, 39(9), 465–470.
- Gastelurrutia, M., Fernandez-Llimos, F., Garcia, D. F., Gastelurrutia, P., Faus, M., & Benrimoj, S. (2005). Barrieds and facilitators to the dissemination and implementation of cognitive services in Spanish community pharmacies. *Seguimiento Farmacoterapeutico*, 3(2), 65–77.
- Gregório, J., & Velez Lapão, L. (2012). Uso de cenários estratégicos para planeamento de recursos humanos em saúde: o caso dos farmacêuticos comunitários em Portugal 2010-2020. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 30(2), 125–142. <http://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.12.003>
- Guerreiro, M. P., & Samuels, T. (2005). Focus groups and in-depth interviews are useful tools for qualitative research. *Pharmacy Practice*, (May), 190–194.

- Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 22(2), 201–209. <http://doi.org/10.1590/S0102-37722006000200010>
- Hamilton, H., Gallagher, P., Ryan, C., Byrne, S., & O'Mahony, D. (2011). Potentially inappropriate medications defined by STOPP criteria and the risk of adverse drug events in older hospitalized patients.
- Hepler, Charles D.; Strand, L. M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care.
- Hughes, C. M., Hawwa, A. F., Scullin, C., Anderson, C., Bernsten, C. B., Björnsdóttir, I., ... McElnay, J. C. (2010). Provision of pharmaceutical care by community pharmacists: a comparison across Europe. *Pharmacy World & Science*, 32(4), 472–487. <http://doi.org/10.1007/s11096-010-9393-x>
- Industrial, R. D. H., Regionales, I., Economic, S., Contabilidad, R. De, Regionales, R. D. E., Public, U., & Review, E. (2014). PORDATA, 2006–2008.
- Infarmed I.P. (2011). Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de Novembro - Regime da formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados. *Legislação Farmacêutica Compilada*.
- Kotter, J. (1995). Leading Change : Why Transformation Efforts Fail. *Harvard Business Review*. <http://doi.org/10.1225/95204>
- Kuo, G. M., Buckley, T. E., Fitzsimmons, D. S., & Steinbauer, J. R. (2004). Collaborative drug therapy management services and reimbursement in a family medicine clinic. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 61(4), 343–354.
- Lesende, I. M., Crespo, I. M., López, G. M., Zelaia, I. G., Parra, J. C., & Goicoechea, A. M. (2013). Potentiality of STOPP/START criteria used in primary care to effectively change inappropriate prescribing in elderly patient.
- Madeira, Anabela; Horta, R. (2015). Regresso do Programa de Troca de Seringas às Farmácias, 2015.

- Martín-Calero, M. J., Machuca, M., Murillo, M. D., Cansino, J., Gastelurrutia, M. a, & Faus, M. J. (2004). Structural process and implementation programs of pharmaceutical care in different countries. *Current Pharmaceutical Design*, 10(31), 3969–3985. <http://doi.org/10.2174/1381612043382549>
- Mikeal RL, Brown TR, Lazarus HL, V. M. (1975). Quality of pharmaceutical care in hospitals.
- Mil, J. W. F., Boer, W. O., & Tromp, T. F. J. (2001). European barriers to the implementation of pharmaceutical care. *International Journal of Pharmacy Practice*, 9(3), 163–168. <http://doi.org/10.1111/j.2042-7174.2001.tb01044.x>
- Ministério da Saúde. (2006). Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto - Estatuto do Medicamento, 1–250.
- Moullin, J. C., Sabater-Hernández, D., & Benrimoj, S. I. (2015). Model for the evaluation of implementation programs and professional pharmacy services. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 156. <http://doi.org/10.1016/j.sapharm.2015.08.003>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). (2015). Relatório Primavera 2015 - Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?
- Originales, T., & Works, O. (2007). Tercer consenso de granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicaci??n (RNM). *Ars Pharmaceutica*, 48(1), 5–17.
- Plaza L, H. J. (2003). El nuevo reto de la atención farmacéutica: la búsqueda del acuerdo entre profesionales.
- Roberts, A. S., Benrimoj, S., Chen, T. F., Williams, K. a, & Aslani, P. (2006). Implementing cognitive services in community pharmacy: a review of models and frameworks for change. *International Journal of Pharmacy Practice*, 14(2), 105–113. <http://doi.org/10.1211/ijpp.14.2.0004>
- Roberts, A. S., Benrimoj, S. I., Chen, T. F., Williams, K. a, & Aslani, P. (2008). Practice change in community pharmacy: quantification of facilitators. *The Annals of Pharmacotherapy*, 42(6), 861–868. <http://doi.org/10.1345/aph.1K617>

- Rossing, C., Holme Hansen, E., Krass, I., & Traulsen, J. M. (2003). Pharmaceutical care in Denmark: Perceived importance of medicine-related problems and participation in postgraduate training. *Pharmacy World and Science*, 25(2), 73–78. <http://doi.org/10.1023/A:1023296914740>
- Santos H, Iglésias P, Fernández-Llimós F, Faus M, R. M. (2004). Segundo Consenso de Granada sobre problemas relacionados com medicamentos.
- Saúde, M. da. (2001). Decreto-Lei n.º 288/2001.
- Saúde, M. da. (2007). Serviços farmacêuticos. *Portaria N.º 1429/2007, de 2 de Novembro*, 3–4.
- Schulz, M. (2006). A Review of Pharmaceutical Care in Community Pharmacy in Europe. *Harvard Health Policy Review*, 7(1), 155–168.
- Soares, M. A., Fernandez-LlimóS, F., Lança, C., Cabrita, J., & Morais, J. a. (2008). Operacionalização para Portugal: Critérios de beers de medicamentos inapropriados nos doentes idosos. *Acta Medica Portuguesa*, 21(5), 441–452.
- Souza, D. (2013a). Diplomados do sexo feminino, PORDATA, 2–4.
- Souza, D. (2013b). Diplomados do sexo masculino, PORDATA, 2–4.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saude Publica*, 39(3), 507–514. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>
- Van Mil, J. W. F. (2015). Serviços Farmacêuticos Avançados na Holanda - Conferência Aberta. Retrieved from [http://www.egasmoniz.com.pt/pt-pt-not%C3%ADcias/servi%C3%A7os-farmac%C3%AAuticos-avan%C3%A7ados-na-holanda-confer%C3%AAncia-aberta.aspx](http://www.egasmoniz.com.pt/pt-pt/not%C3%ADcias/servi%C3%A7os-farmac%C3%AAuticos-avan%C3%A7ados-na-holanda-confer%C3%AAncia-aberta.aspx)

ANEXOS

Anexo I – Carta enviada pela estudante aos farmacêuticos para convidar a participar no Projeto SOS *Pharma* Idoso 2015

De: Maria Leonor Pedro (estudante do MICEF)

Para: Dr. _____

Assunto: **Projecto SOS *Pharma* Idoso**

Exmo. Senhor

Dr. _____,

No âmbito da minha dissertação de mestrado subordinada ao tema "Barreiras e Facilitadores à implementação de Serviços Farmacêuticos avançados", venho por este meio contactá-lo para solicitar a sua colaboração.

Na sequência do projeto SOS *Pharma* Idoso, iniciado em 2014 pela estudante Inês Miranda, orientada pela Prof^a Doutora Filipa Alves da Costa, foi possível verificar um amplo leque de capacidade participativa das diferentes farmácias envolvidas. Assim, torna-se para nós extremamente importante perceber quais as dificuldades associadas ao projeto ou à prática profissional, para melhor adequar estudos e intervenções futuras.

Desta forma, apelamos à sua disponibilidade para participar numa entrevista conduzida pela estudante Maria Leonor Pedro, a qual terá a duração máxima de 30 minutos e poderá ser feita na sua farmácia. Para nós são tão importantes as farmácias que participaram no projeto, como as que não tiveram essa possibilidade.

Será contactado telefonicamente nos próximos 15 dias para confirmar a sua disponibilidade e agendar a hora que melhor lhe convém.

Agradeço desde já a sua imprescindível colaboração, apresentando os meus melhores cumprimentos,

Maria Leonor Pedro

Filipa Alves da Costa

**Anexo II - Documento de aprovação pela Comissão de Ética do Centro de
Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade de Évora**

Documento 1 4 0 1 7



**Comissão de Ética para a Investigação nas Área de
Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professora Doutora Constança Pinto, Professor Doutor Carlos Silva e Professora Doutora Felsmina Mendes deliberaram dar, na reunião do dia 20 de Outubro de 2014, o Parecer Positivo para a realização do Projeto "Projecto SOS Pharma Idoso" dos investigadores Inês Monteiro Miranda, Catarina Periquito, Luísa Silvestre, Patrícia Cavaco Silva Montez, Clara Carneiro, Ana Isabe Fernandes e Pedro Oliveira.

O Presidente da Comissão de Ética


(Professor Doutor Armando Manuel de Mendonça Raimundo)